

IPV - ESSV |

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu



Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Trabalho efectuado sob a orientação de



DEDICATÓRIA

E digo-vos que a vida é de facto obscuridade
Exceto onde há arrebatamento,
E todo arrebatamento é cego exceto onde há saber,
E todo o saber é vão exceto onde há trabalho,
E todo o trabalho é vazio exceto onde há amor.

E o que é trabalhar com amor?
É pôr em todas as coisas que fazeis
Um sopro do vosso espírito.

Khalil Gibran

Aos que sofrem...

AGRADECIMENTOS

O meu agradecimento especial à Senhora Professora Ernestina, por tudo...
sem a sua ajuda e empenho à causa, este trabalho não teria sido possível.

À minha amiga Manuela,
que continua a demonstrar a sua amizade, mesmo após estes anos todos, através do
GRANDE apoio que me deu.

Ao meu amigo J.C. que, impressionantemente, não me deixa cair mesmo quando essa já é
a minha vontade.

Muito Obrigado!

RESUMO

Introdução: Os maus tratos à criança e jovem são um problema muito frequente nos nossos dias, e envolvem para além da agressão física, a negligência, agressão psicológica ou abuso sexual. Em Portugal, a partir de 1980 começou-se a dar especial atenção a este tema através de uma abordagem multidisciplinar, em que o enfermeiro dos cuidados de saúde primários tem um papel importante na promoção e proteção, mas também na deteção e encaminhamento das crianças.

Objetivos: Pretendemos identificar os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança; determinar a influência das variáveis sociodemográficas (idade, sexo e existência de filhos) e socioprofissionais (formação específica na área e tempo de serviço) nos conhecimentos dos enfermeiros sobre essa matéria e ainda verificar a influência da experiência de atendimento de crianças vítimas, nos conhecimentos sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança.

Metodologia: Estudo quantitativo, exploratório e descritivo, com utilização de um questionário, que teve por base o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção de Maus Tratos Infantis. A amostra foi constituída por 61 enfermeiros do ACES Baixo Vouga. O questionário foi aplicado em Março e Abril de 2013.

Os **resultados** obtidos revelaram-nos que a maioria não tem formação específica na área de maus tratos (88,5%) e 93,3% referiram sentir necessidade dessa formação específica. A maioria referiu sentir-se com à vontade para detetar e comunicar casos de abandono (66,7%), negligência (63,3%) e mau trato físico (59,0%), mas por outro lado pouca capacidade para detetar situações de maus tratos psicológico/emocional (44,3%) e de abusos sexuais (37,7%). Os enfermeiros que fizeram formação específica em maus tratos infantis apresentaram um melhor nível de conhecimentos sobre a deteção e encaminhamento destas situações ($p=0,036$). Apresentaram também conhecimentos superiores os enfermeiros que tiveram experiência de atendimento de crianças vítimas de maus tratos ($p=0,003$).

Conclusão: Verificamos pelos resultados que embora os enfermeiros de cuidados de saúde primários se sintam bastante à vontade para encaminhar situações de maus tratos infantis, referem sentir falta de formação na área dos maus tratos e também na comunicação/relacionamentos interpessoais e forma de abordagem destes problemas com a criança/família. Entendemos que deve ser feito um investimento na formação destes profissionais na área dos maus tratos infantis. Os resultados obtidos revelaram-nos que a maior parte da amostra se sente à vontade para comunicar casos de violência relacionadas com mau trato físico (59,0%), Envenenamento recorrente (41,0%), Negligência (63,3%), Abandono afetivo (63,9%), Abandono (65,6%) e Disfuncionalidade parental/familiar (47,5%), sentindo-se pouco à vontade para referenciar Maus tratos psicológicos ou emocionais (45,9%), Abuso Sexual (41,0%) e na Atribuição de doença que não existe (45,8%).

PALAVRAS CHAVE

Crianças; Maus tratos; Enfermeiros; Conhecimentos.

ABSTRACT

Introduction: child maltreatment and youth is a very common problem nowadays, and beyond involve physical aggression, neglect, psychological abuse, or sexual abuse. In Portugal, from 1980 began to pay special attention to this issue through a multidisciplinary approach, in which the nurse of primary health care has an important role in the promotion and protection, but also in the detection and referral of children.

Objectives: We aim to identify the knowledge of nurses in primary health care for about signs and symptoms of suspected abuse in children and to determine the influence of sociodemographic variables (age, gender and presence of children) and socio-occupational (specific training in the area and time service) in the knowledge of nurses on this matter and also check the influence of the experience of children victims in knowledge about the signs and symptoms of suspected child maltreatment.

Methodology: A quantitative, exploratory and descriptive, using a questionnaire, which was based on the Practical Guide Approach, Diagnosis and Intervention of Child Maltreatment. The sample consisted of 61 nurses ACES Baixo Vouga. The questionnaire was administered in March and April 2013.

The **results** showed us that most do not have specific training in the area of abuse (88,5%) and 93,3% reported feeling this need specific training. Most reported feeling comfortable with to detect and report cases of neglect (66,7%), neglect (63,3%) and physical mistreatment (59,0%), but otherwise little ability to detect situations abuse, psychological / emotional (44,3%) and sexual abuse (37,7%). Nurses who have specific training in child maltreatment showed a higher level of knowledge about the detection and referral of these cases ($p = 0.036$). Also showed superior knowledge nurses who had experience of children victims of abuse ($p = 0.003$).

Conclusion: We found that although the results of nurses primary health care feel quite comfortable making situations of child abuse, refer to miss training on abuse and also in communication / interpersonal relationships and how to approach these problems with the child / family. We believe that there should be an investment in the training of health professionals in the area of child maltreatment. The results showed us that the majority of the sample feel free to report cases of violence related to physical mistreatment (59,0%), recurrent poisoning (41,0%), neglect (63,3%), emotional distance (63,9%), abandonment (65,6%) and Dysfunctionality parental / family (47,5%), feeling uncomfortable to reference mistreatment psychological or emotional (45,9%), Sexual Abuse (41,0%) and the assignment does not exist disease (45,8%).

KEY WORDS

Child; Maltreatment; Nurses; Knowledge.

ÍNDICE

Pág.

ÍNDICE DE TABELAS

ÍNDICE DE QUADRO

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

1 – INTRODUÇÃO.....	23
CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2 - A CRIANÇA, UM SER COM DIREITOS.....	27
3 - A FAMÍLIA COMO DETERMINANTE DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA...	31
4 - OS MAUS TRATOS Á CRIANÇA: INDICADORES E CARATERIZAÇÃO.....	33
4.1 – NEGLIGÊNCIA.....	33
4.2 - MAU TRATO FÍSICO.....	35
4.3 - MAU TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL.....	36
4.4 - ABUSO SEXUAL.....	37
4.5 - SÍNDROMA DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO.....	39
4.6 - SÍNDROME DA CRIANÇA SACUDIDA / ABANADA	41
5 - FATORES DE RISCO DOS MAUS TRATOS.....	42
5.1 - FATORES DE RISCO RELATIVOS À CRIANÇA.....	42
5.2 - FATORES DE RISCO RELATIVOS AO CUIDADOR.....	43
5.3 – FATORES DE RISCO RELATIVOS À FAMÍLIA.....	44
5.4 - FATORES DE RISCO SOCIOCULTURAIS.....	45
6 - A CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS TRATOS E INTERVENÇÃO EM SAÚDE.....	47
6.1 - CONSEQUÊNCIAS DOS MAUS TRATOS NA CRIANÇA.....	48
6.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO.....	49
6.3 - A LEI DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO.....	55
CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
7 – METODOLOGIA.....	57
7.1 – MÉTODOS.....	57
7.2 – PARTICIPANTES.....	60
7.2.1 - Caracterização da amostra.....	60
7.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	62
7.4 - PROCEDIMENTOS.....	63
7.5 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....	64

8 – RESULTADOS.....	65
8.1- ANÁLISE DESCRITIVA.....	65
8.2 - ANÁLISE INFERENCIAL.....	73
9 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....	77
10 – CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83
ANEXO I - Parecer favorável da comissão de ética da ARS Centro	
Autorização do Senhor Presidente do ACES Baixo Vouga.....	89
ANEXO II - Nota explicativa que apresenta a natureza e finalidade do estudo	
Questionário.....	95

INDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra.....	61
Tabela 2 - Estatística descritiva do tempo de serviço nos cuidados de saúde primários(anos).....	61
Tabela 3 - Capacidade para detetar e encaminhar situações de maus tratos.....	66
Tabela 4 - Distribuição da amostra segundo a suspeita de maus tratos e atendimento da criança.....	66
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo o local para onde encaminhou a criança.....	67
Tabela 6 – Relação entre a formação específica em maus tratos e suspeita de vítima de maus tratos.....	67
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo a preparação para detetar e encaminhar as crianças vítimas de maus tratos	70
Tabela 8 - Distribuição da amostra segundo Conhecimento do Guia Prático, Guia de registo de Vis. Dom. e se o Novo Programa de SIJ faz referência explícita.....	71
Tabela 9 - Conhecimento dos sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança.....	72
Tabela 10 - Análise descritiva das respostas corretas à Questão 2.....	73
Tabela 11 - Associação entre Conhecimentos dos Enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de Maus Tratos na criança.....	74
Tabela 12 - Relação entre a formação específica e os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança	75
Tabela 13 - Correlação de Spearman entre os conhecimentos e o tempo de serviço.....	75
Tabela 14 - Relação entre a experiência de atendimento e os conhecimentos dos enfermeiros	76

ÍNDICE DE QUARDOS

Pág.

Quadro 1 - Matriz da categoria “Barreiras de atuação mais assertivas”.....	68
--	----

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 - Níveis de intervenção.....	55
Figura 2 - Modelo conceptual.....	60

INDICE DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- ACES – Agrupamento de Centros de Saúde
- ARS – Administração Regional de Saúde
- CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção Geral da Saúde
- DLP – Dicionário da Língua Portuguesa
- EUA – Estados Unidos da América
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PSIJ – Programa de Saúde Infantil e Juvenil
- SPSS – Statistical Package for Social Sciences
- UNICEF – United Nations Children’s Fund
- USF – Unidade de Saúde familiar

1 - INTRODUÇÃO

Os maus tratos à criança e jovem dizem respeito a qualquer ação ou omissão não accidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima (MARTINS e JORGE, 2010).

Surgem-nos na sociedade atual, como um fenómeno novo, resultado de uma profunda alteração de estilos de vida, com conseqüente alteração dos valores morais, individuais e coletivos. Mas certamente que os maus tratos infantis sempre existiram, só que numa sociedade pouco desperta para a problemática, que não olhava este assunto como ele é encarado nos dias de hoje, encontrando-se camuflado também por regras sociais rígidas, mas permitidas e aceites.

Partindo do princípio que a criança é um sujeito com direitos, conseqüentemente tem direito à liberdade e à dignidade como fundamentos no enfrentar da violência. Hoje, há uma atenção maior para essa questão, pois tal como referem os estudos de Carvalho, (2009) e Oliveira (2009) citados por Parraga (2010), a violência contra a criança e o adolescente sempre existiu, porém graças a convenções internacionais dos Direitos Humanos, o problema atualmente foi reconhecido e as tentativas de o erradicar são constantes em todo o mundo.

Os maus tratos à criança e jovem têm sido tema de diversos estudos nos últimos anos, sendo um problema que afeta toda a sociedade. Com o início do século XX surge uma atenção maior aos cuidados com as crianças, sendo criada em 1924 a Declaração de Genebra, que surge com o intuito de proteger os direitos das crianças e dos adolescentes.

Em 1959, a Assembleia Geral das Nações Unidas cria a Declaração Universal dos Direitos da Criança que tem como objetivo assegurar os direitos das crianças. Com isso, tornou-se meta garantir que todas as crianças tivessem um bom desenvolvimento físico, mental e social, sem serem exploradas ou abandonadas, também uma boa e equilibrada alimentação, moradia e assistência médica de forma adequada, além de atenção por parte dos pais ou cuidadores (DELFINO et al., 2005; MARTINS e JORGE 2010).

Os estudos de investigação, levados a cabo através de uma diversidade de iniciativas, à escala internacional, nacional, ou local, permitem documentar o fato dos maus tratos se tratar de um problema de saúde grave que afeta uma larga parcela da população nas primeiras décadas da vida, sendo que atualmente já dispomos de várias e valiosas

ferramentas de trabalho, que nos orientam e regem para uma melhor prestação perante estes casos, como é o exemplo do Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção, da (PORTUGAL, 2011^a).

“O impacto negativo dos maus tratos nas crianças e jovens, pode dizer respeito aos domínios do bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital” (PORTUGAL 2011^a, p.7).

De facto, os maus tratos à criança e jovem são um problema muito frequente nos nossos dias, e envolvem para além da agressão física, a negligência, agressão psicológica ou abuso sexual. Nos (EUA) Estados Unidos da América são denunciados cerca de 2 milhões de casos por ano, em Inglaterra morrem cerca de quatro crianças por semana em consequência de maus tratos e em Portugal surgem 30000 novos casos por ano (NUNES, 2009).

No nosso país, o Relatório Anual de Avaliação da Atividade das (CPCJ) Comissões de Proteção de Crianças e Jovem Portugal, 2011^b, caracteriza essas situações e verificamos que só ao nível da negligência, 42,1% (193) dos casos, respeitam à falta de supervisão e acompanhamento/familiar, 19,2% (88) a negligência ao nível da saúde, 17,0% (78) a negligência ao nível Educativo, 12,4% (57) a negligência ao nível psicoafectivo e por último 9,2% (42) a negligência face a comportamentos da criança/jovem. Quando considerada a exposição a comportamentos que possam comprometer o bem-estar e o desenvolvimento da criança verificamos que 97,9% correspondem a situações de violência doméstica, 1,1% a consumo de estupefacientes e 1% ao consumo de álcool.

Em Portugal, a partir de 1980 começou-se a dar especial atenção a este tema através de uma abordagem multidisciplinar, e segundo o mesmo relatório em 2011 foram aplicadas ou estiveram em execução 30574 medidas de promoção e proteção. Este valor, quando comparado com o verificado em 2010 (28500), traduz uma melhoria significativa na caracterização do tipo de medidas de promoção e proteção aplicadas pelas CPCJ (+2074 medidas). A grande maioria (89,7%) das medidas aplicadas pelas CPCJ mantém a criança em meio natural de vida, enquanto as medidas de colocação representam apenas 10,3% do total de medidas. O Apoio junto dos pais foi a medida mais aplicada, seguindo-se, por ordem decrescente: apoio junto de outros familiares, acolhimento institucional, confiança a pessoa idónea, apoio para a autonomia de vida e o acolhimento familiar. A medida de acolhimento institucional aumentou muito ligeiramente.

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio dos maus tratos (TOMÁS, 2011).

Aliado aos sentimentos de revolta e impotência que por vezes suscita, trata-se de um problema de saúde pública de grande magnitude, não apenas pelas causas em si, mas sobretudo pelas consequências que dele advêm, uma vez que as principais vítimas serão os homens de amanhã.

É enquadrada nesta linha de pensamento que perspetivamos este estudo acerca do “Conhecimento dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre a suspeita e deteção dos maus tratos na criança”. Somos da opinião que é necessário conhecer o estado da arte a este nível para podermos ajudar à prática mais assertiva, mais consolidada, já que são os enfermeiros os que mais contactam com as crianças, nas consultas de saúde infantil, que são bastante frequentes principalmente no início de vida da criança.

No dia-a-dia, em contexto de prática clínica numa (USF) Unidade de Saúde Familiar, vamos constatando ao longo do tempo que, muitas vezes, perante situações de possíveis maus tratos e/ou negligência em relação às crianças, os enfermeiros tendem a não querer interferir nessas situações, ou porque não se tem a certeza da natureza da situação ou por não querer arranjar conflitos, talvez por dificuldade na identificação dos sinais de alerta.

Assim, para dar resposta às nossas inquietações definimos como objetivos:

- Identificar os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança;
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas (idade, sexo e existência de filhos) dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os conhecimentos relacionados com os sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança;
- Analisar a influência das variáveis profissionais (formação específica em maus tratos, tempo de serviço) nos conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança;
- Verificar a influência da experiência de atendimento de crianças vítimas de maus tratos e os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança.

É pois, nossa finalidade, sensibilizar os enfermeiros para esta problemática e contribuir para melhorar a prática clínica dos mesmos, a partir do momento em que tomam contato com o problema, fazendo uma deteção perspicaz e um encaminhamento assertivo

de cada situação. Cabe-lhes vigiar mais de perto estes sinais, detetar precocemente os casos e encaminhá-los tão precocemente quanto possível, pois quanto mais precoce for a deteção e o encaminhamento mais eficaz, melhores serão os resultados para a criança e jovem.

Para concretização deste desiderato realizamos um estudo de natureza quantitativa, descritivo, correlacional e de corte transversal. Reporta-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 61 enfermeiros pertencentes ao (ACES) Agrupamento de Centros de Saúde, do Baixo Vouga. Precedeu autorização do Presidente do ACES Baixo Vouga após parecer favorável da Comissão de Ética da (ARS) Administração Regional de Saúde do Centro (**Anexo I**). A recolha de dados decorreu entre os meses de Março e Abril de 2013 e utilizamos como instrumento de recolha de dados um questionário elaborado para o efeito e construído tendo como base as “Boas Práticas” e a “Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares” do Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Maus Tratos em Crianças e Jovens (PORTUGAL, 2011^a).

Para o tratamento estatístico utilizámos o programa SPSS versão 21 e recorremos à estatística descritiva e inferencial.

A organização deste trabalho inicia-se com uma revisão da literatura, constituindo a primeira parte, seguindo-se a descrição da metodologia utilizada na realização do mesmo, bem como o tratamento estatístico dos dados e algumas considerações éticas pertinentes, que constituem a segunda parte do trabalho. Posteriormente apresentaremos a discussão dos resultados e a conclusão, encerrando assim a terceira e última parte do estudo.

CAPÍTULO I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2 - A CRIANÇA, UM SER COM DIREITOS

*“A criança que fui chora na estrada.
Deixei-a ali quando vim ser quem sou.
Mas hoje, vendo que o que sou é nada,
Quero ir buscar quem fui onde ficou”.*

Fernando Pessoa

Ao iniciarmos este capítulo gostaríamos de apresentar o conceito de criança. Segundo a Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo. Apesar de este conceito englobar a faixa etária correspondente ao jovem, podemos ao longo deste trabalho, mencionarmos os termos criança e jovem indo de encontro ao Documento Técnico sobre Maus Tratos em Crianças e Jovens (PORTUGAL, 2008).

Importa, pois, referir esta Convenção como um documento fundamental na defesa dos interesses da criança. O facto de Portugal a ter assinado, obriga a que a criança seja considerada uma prioridade em todas as políticas de saúde, educação, justiça, ambiente e ação social (BRITO, 2005 citado por NUNES, 2009). Vemos que a Convenção encara a criança como um ser titular, com direitos e liberdades fundamentais e não apenas, como mero alvo de medidas de proteção. Considera-se por isso que o Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus-tratos, infligidos pelos pais ou qualquer outra pessoa.

A criança tem o direito de exprimir a sua opinião sobre todas as questões que lhe dizem respeito, de acordo com a sua capacidade de discernimento, opinião esta que deve ser tida em consideração no momento da decisão, de acordo com as suas capacidades de compreensão da questão, das diferentes opções e das consequências que poderão acarretar (NUNES, 2009 p.37).

Assim, a Convenção sobre os Direitos da Criança enuncia um conjunto de direitos fundamentais das crianças (direitos civis, políticos, económicos, sociais e culturais). É um tratado internacional de carácter universal, tratando-se de um importante instrumento legal para a defesa dos direitos das crianças que define as respetivas disposições para a aplicação desses direitos. Foi ratificado pela quase totalidade dos estados do mundo, com exceção dos Estados Unidos da América e da Somália (UNICEF, 2013).

Assenta em quatro pilares fundamentais que são: a sobrevivência e desenvolvimento, a não discriminação, o interesse superior da criança e a sua opinião.

Contém 54 artigos, que podem ser divididos em quatro categorias de direitos, a saber:

- Os direitos relativos à sobrevivência (ex. o direito a cuidados adequados);
- Os direitos relativos ao desenvolvimento (ex. o direito à educação);
- Os direitos relativos à proteção (ex. o direito de ser protegida contra a exploração);
- Os direitos de participação (ex. o direito de exprimir a sua própria opinião).

A Convenção dos Direitos da Criança, estabelece ainda, no artigo 3º, que:

“em todas as medidas referentes às crianças que sejam tomadas pelas instituições públicas ou privadas de proteção social, os tribunais, as autoridades administrativas ou os organismos legislativos atender-se-á primordialmente ao superior interesse da criança” (UNICEF, 2004).

É este o grande princípio para toda e qualquer atuação em matéria de suspeita de maus tratos em crianças e jovens.

Antecede esta Convenção um outro importante documento que é a Declaração dos Direitos da Criança, proclamada pela Resolução da Assembleia Geral 1386 (XIV), de 20 de Novembro de 1959. Tem como base e fundamento os direitos à liberdade, educação, brincar e convívio social das crianças que devem ser respeitadas e preconizadas em dez princípios (UNICEF, 2004), que são os seguintes:

- 1 - Afeição, amor e compreensão
- 2 - Alimentação apropriada e cuidados médicos
- 3 - Educação gratuita
- 4 - Verdadeiras oportunidades de recreio e diversão

- 5 - Um nome e nacionalidade
- 6 - Cuidados especiais, no caso de deficiência
- 7 - Prioridade de auxílio, no caso de catástrofes ou acidentes
- 8 - Aprender a ser um membro útil à sociedade e a desenvolver as suas capacidades individuais;
- 9 - Crescer num clima de paz e fraternidades universais;
- 10 - Usufruir direitos, qualquer que seja a sua raça, cor, sexo, religião e origem nacional ou social.

3 - A FAMÍLIA COMO DETERMINANTE DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

“Os laços de amizade são mais estreitos dos que os de sangue e da família”.

Giovanni Boccaccio

Designa-se por família o conjunto de pessoas que possuem grau de parentesco entre si e vivem na mesma casa formando um lar. Uma família tradicional é normalmente formada pelo pai e mãe, unidos por matrimónio ou união de fato e, por um ou mais filhos, compondo uma família nuclear ou elementar (DICIONÁRIO DE LINGUA PORTUGUESA, 2002).

A família como agente de socialização primário é o eixo fundamental da proteção das crianças, uma vez que cobre as necessidades físicas, psicoafectivas e sociais dos seus filhos. Normalmente,

Os pais prestam cuidados adequados aos filhos, proporcionando-lhes uma formação integral e oferecendo-lhes relações seguras a partir das quais estes podem desenvolver uma visão positiva de si mesmos e dos outros, elementos fundamentais para enfrentar o mundo com confiança e competência (SORIANO, 2006 p.13).

A família é considerada uma instituição responsável por promover a educação dos filhos e influenciar o comportamento dos mesmos no meio social. O papel da família no desenvolvimento de cada indivíduo é de fundamental importância. É no seio familiar que são transmitidos os valores morais e sociais que servirão de base para o processo de socialização da criança, bem como as tradições e os costumes perpetuados através de gerações (RELVAS, 2004).

Família é o núcleo de pessoas aparentadas que têm laços de sangue e que se apoiam no sentido de manter o núcleo permanentemente em comunhão. Na família há uma série de expectativas sociais em relação a ela: é preciso que esta socialize as crianças, tornando-as capazes de viver junto aos outros seres humanos. A instituição família tem passado, ao longo da história da humanidade por crises muito sérias. As formas de famílias são extremamente variáveis. E mais variáveis do que no nosso próprio país, são as formas de família de outros países do mundo. “Família” no sentido popular, significa pessoas aparentadas que vivem em geral na mesma casa, particularmente o pai, a mãe e os filhos.

Ou ainda, pessoas do mesmo sangue, ascendência, linhagem, estirpe ou admitidos por adoção (TOMÁS, 2011).

O ambiente familiar é um local onde deve existir harmonia, afetos, proteção e todo o tipo de apoio necessário na resolução de conflitos ou problemas de algum dos membros. As relações de confiança, segurança, conforto e bem-estar proporcionam a unidade familiar. A maioria das crianças da nossa sociedade obtém no contexto que as rodeia da proteção e atenção de que necessitam para se desenvolverem adequadamente (SORIANO, 2006, p.28).

“A saúde física e emocional da criança, assim como o seu funcionamento cognitivo e social, são influenciados pela qualidade do funcionamento da sua família, esta é considerada como uma constante na sua vida” (AZENHA, 2012 p.46).

No entanto, nem sempre a realidade é a que seria desejável, estando as crianças inseridas em ambientes desfavoráveis e até mesmo doentios. É nestas situações que se torna profícua uma atuação desde cedo, no sentido da deteção dos maus tratos e o encaminhamento de toda a situação o mais adequadamente possível.

4 - OS MAUS TRATOS À CRIANÇA: INDICADORES E CARATERIZAÇÃO

“O que, especialmente, diferencia o homem é que ele sabe distinguir o bem do mal, o justo do que não o é”.

Aristóteles

Os maus tratos constituem um fenómeno complexo e multifacetado pelo que é necessário definir e caracterizar, recorrendo aos autores mais atuais e consensuais. Assim, mau trato à criança, por vezes referido como abuso e negligência de crianças, inclui todas as formas de violência física e emocional, abuso sexual, negligência e exploração que resulte em dano real ou potencial para a saúde da criança, desenvolvimento ou dignidade (OMS, 2013).

Existe uma multiplicidade de situações que consubstanciam a prática de maus tratos, os quais podem apresentar diferentes formas clínicas, por vezes associadas: negligência, mau trato físico, mau trato psicológico/emocional, abuso sexual, Síndrome de Munchausen por Procuração e síndrome da criança abandonada/sacudida (TOMÁS, 2011).

Os indicadores dos maus tratos à criança são de ordem diversa, consoante o tipo de mau trato em questão e iremos abordar cada um deles.

4.1 - NEGLIGÊNCIA

Entende-se por negligência a incapacidade de proporcionar à criança ou ao jovem a satisfação de necessidades básicas de higiene, alimentação, afeto, educação e saúde, indispensáveis para o crescimento e desenvolvimento adequados. Regra geral, é continuada no tempo, pode manifestar-se de forma *ativa*, em que existe intenção de causar dano à vítima, ou *passiva*, quando resulta de incompetência ou incapacidade dos pais, ou outros responsáveis, para assegurar tais necessidades (PORTUGAL 2011^a p.7).

Segundo Ramos (2009, p.17), considera a negligência como “o ato de omissão do responsável pela criança ou adolescente em prover as necessidades básicas para o seu desenvolvimento como, a nutrição e vestuário adequados, cuidados médicos e ambiente seguro”.

Este tipo de maus tratos pode traduzir-se, entre outras formas, nas seguintes: a criança andar sempre pouco asseada, não usar a roupa adequada ou adoecer com frequência sem receber assistência (SORIANO, 2006).

Segundo (Portugal 2011^a) existem diversas formas de negligência e esta pode ser detetada através de sinais ligados à não prestação de cuidados de higiene, alimentação, afeto ou saúde, tais como:

- Carência de higiene (*tendo em conta as normas culturais e o meio familiar*);
- Vestuário desadequado em relação à estação do ano e lesões consequentes de exposições climáticas adversas;
- Inexistência de rotinas (nomeadamente, alimentação e ciclo sono/vigília);
- Hematomas ou outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas;
- Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam a ser devidamente acompanhadas;
- Incumprimento do Programa Tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa Nacional de Vacinação;
- Doença crónica sem cuidados adequados (falta de adesão a vigilância e terapêutica programadas);
- Intoxicações e acidentes de repetição.

Segundo Pereira (2001), citado por Ramos (2009), existem várias situações que levam à suspeita de negligência e destaca:

- Criança que teme os pais;
- Dificuldade de aprendizagem;
- Criança autodestrutiva;
- Infelicidade generalizada;
- Vestuário inadequado com camisas de mangas compridas em tempo quente, sugerindo ocultação de lesões;
- Má-higiene da criança (unhas sujas, piolhos e sarnas);
- Afeição incompreensível por estranhos;

- Afabilidade em relação ao responsável que as maltrata;
- Equimoses, queimaduras, lesões na face, boca e lábios;
- Criança tensa durante o tratamento, voltando o olhar constantemente para os pais ou responsáveis.

4.2 - MAU TRATO FÍSICO

O mau trato físico “resulta de qualquer ação não acidental, isolada ou repetida, infligida por pais, cuidadores ou outros com responsabilidade face à criança ou jovem, a qual provoque (ou possa vir a provocar) dano físico” (PORTUGAL, 2011^a p.8). Este tipo de maus tratos engloba um conjunto diversificado de situações traumáticas, desde o Síndrome da Criança Abanada até a intoxicações provocadas.

Na perspetiva de Ramos (2009, p.17) “é o uso da força ou atos de omissão praticados pelos pais ou responsáveis, com o objetivo claro ou não de ferir, deixando ou não marcas evidentes. São comuns murros, agressões com diversos objetos e queimaduras causadas por objetos ou líquidos quentes”.

Já para Soriano (2006, p.29) consiste numa:

Ação não acidental perpetrada pelos pais/cuidadores que provoca ou pode provocar dano físico ou doença na criança. Como exemplos deste tipo de mau trato podem citar-se os seguintes: o uso do castigo físico como método de disciplina habitual e a agressão física devido a falta de controlo ou a reações de ira dos pais/cuidadores.

Segundo (Portugal, 2011^a) este tipo de maus tratos engloba um conjunto de situações traumáticas, tais como:

- Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns aos traumatismos de tipo acidental (face, peri ocular, orelhas, boca e pescoço ou na parte proximal das extremidades, genitais e nádegas);
- Síndroma da criança abanada (sacudida ou chocalhada);
- Alopecia traumática e/ou por postura prolongada com deformação do crânio;
- Lesões provocadas que deixam marca(s) (por exemplo, de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);
- Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura);
- Fraturas das costelas e corpos vertebrais, fratura de metáfise;
- Demora ou ausência na procura de cuidados médicos;

- História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores;
- Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...);
- Alterações graves do estado nutricional.

Ainda quanto aos maus tratos físicos, Cavalcanti e Mouden (2001), citado por Ramos (2009), referem que são facilmente reconhecidos nos exames físicos de rotina por qualquer profissional de saúde, os seguintes indicadores:

- Marcas de unhas;
- Sinais típicos de desnutrição, incluindo uma postura de cansaço, tórax baixo e abdómen protuberante;
- Queimaduras por cigarros, marcas de mordida, de cintos, e das mãos do agressor (palmadas);
- Abrasões e lacerações em locais incomuns ou de história duvidosa;
- Marcas de estrangulamento no pescoço;
- Traumatismos por beliscões e puxões;
- Hematomas incomuns na pele.

4.3 - MAU TRATO PSICOLÓGICO/EMOCIONAL

O mau trato psicológico:

Resulta da privação de um ambiente de segurança e de bem-estar afetivo indispensável ao crescimento, desenvolvimento e comportamento equilibrados da criança e jovem. Engloba diferentes situações, desde a precariedade de cuidados ou de afeição adequados à idade e situação pessoal, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança, com frequente repercussão negativa a nível comportamental (PORTUGAL, 2011^a p.8).

A rejeição, depreciação, discriminação, desrespeito e punições exageradas são formas comuns desse tipo de agressão, que não deixam sinais visíveis, mas marcam por toda a vida (RAMOS, 2009).

Citando Soriano (2006 p.32), podemos referir que “são ações dos pais/cuidadores, tais como rejeitar, isolar, ignorar ou aterrorizar, que causam ou podem ter graves consequências para o desenvolvimento emocional, social e sexual da criança”. Algumas situações que podem caracterizar este tipo de maus tratos são:

- A presença da criança em situações frequentes de violência doméstica;
- Impedir que ela se relacione com um dos seus pais/cuidadores e/ou com os seus pares;
- Insultá-la ou rejeitá-la por palavras e/ou atos.

De um modo geral, pode dizer-se que também se está a abusar emocionalmente da criança sempre que ocorram situações de abuso físico ou sexual.

Ainda segundo Portugal (2011^a) o mau trato psicológico engloba diferentes situações desde a ausência ou precariedade de cuidados ou afeição adequados à idade, até à completa rejeição afetiva, passando pela depreciação permanente da criança ou do jovem, podendo manifestar-se nos seguintes sinais ou sintomas:

- Episódios de urgência repetidos por cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;
- Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou automutilação;
- Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais;
- Perturbações do comportamento alimentar;
- Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);
- Choro incontrolável no primeiro ano de vida;
- Comportamento ou ideação suicida.

4. 4 - ABUSO SEXUAL

Segundo Portugal (2011^a p.9) abuso sexual corresponde ao:

envolvimento de uma criança ou adolescente em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou outra pessoa mais velha. Baseia-se numa relação de poder ou de autoridade e consubstancia-se em práticas nas quais a criança/adolescente, em função do estágio de desenvolvimento se sente vulnerável.

Pelo seguinte:

- Não tem capacidade para compreender que delas é vítima;
- Percebendo que o é, não tem capacidade para nomear o abuso sexual;
- Não se encontra estruturalmente preparada;
- Não se encontra capaz de dar o seu consentimento livre e esclarecido.

Frequentemente, o abuso sexual é perpetrado sem que haja qualquer indício físico de que tenha ocorrido, facto que pode dificultar o diagnóstico. Contudo, em algumas situações, é possível identificar sintomas/sinais deste tipo de mau trato.

O abuso sexual pode revestir-se de diferentes formas, que podem ir desde importunar a criança ou jovem, obrigar a tomar conhecimento ou presenciar conversas, escritos e espetáculos obscenos, utilizá-la em sessões fotográficas e filmagens, até à prática de coito (cópula, coito anal ou oral), ou mesmo introdução vaginal ou anal de partes do corpo ou objetos, passando pela manipulação dos órgãos sexuais, entre outras (PORTUGAL, 2011^a p.9).

Para Ramos (2009, p.17), o abuso sexual pode revestir-se de várias formas, tais como:

Quando a criança ou adolescente é usado para gratificação sexual de um adulto, sendo induzida ou forçada a práticas sexuais com ou sem violência física, como também a prática de atos libidinosos com crianças ou em presença das mesmas, despertando no menor o interesse precoce pelo assunto.

Para Soriano (2006, p.31), trata-se da:

Utilização que um adulto faz de uma criança menor de 18 anos para satisfazer os seus desejos sexuais, aproveitando-se de uma posição de poder ou autoridade sobre ela. Também se incluem nesta categoria os abusadores crianças menores de 18 anos que abusam de crianças mais novas.

De acordo com o mesmo autor, podem distinguir-se os seguintes tipos de abuso sexual:

- Abuso sexual sem contacto físico: Inclui os casos de sedução verbal explícita, a exposição dos órgãos sexuais a fim de obter gratificação ou excitação sexual e a

masturbação ou realização intencional do ato sexual na presença da criança a fim de obter gratificação sexual;

- Contacto sexual sem penetração: O contacto sexual realiza-se pelo toque intencional de zonas erógenas da criança ou por forçar, incentivar ou permitir que esta o faça nas zonas erógenas do adulto;
- Contacto sexual genital: Relação sexual com penetração digital ou com objetos, sexo oral ou penetração com o órgão sexual masculino (seja vaginal ou anal).

Segundo Portugal (2011^a) estes casos colocam grandes dificuldades de deteção e diagnóstico, pois raramente existem vestígios físicos e/ou biológicos. Constituem alguns indicadores a despistar os seguintes:

- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infeção);
- Presença de esperma no corpo da criança/jovem;
- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;
- Leucorreia persistente ou recorrente;
- Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;
- Lesões no pénis ou região escrotal;
- Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração do freio dos lábios;
- Laceração do hímen;
- Infeções de transmissão sexual;
- Gravidez.

4.5 - SÍNDROMA DE MUNCHAUSEN POR PROCURAÇÃO

A Síndrome de Munchausen por Procuração diz respeito à

Atribuição à criança, por parte de um elemento da família ou cuidador, de sinais e sintomas vários, com o intuito de convencer a equipa clínica da existência de uma doença, gerando, por vezes, procedimentos de diagnóstico (...) Trata-se de uma forma rara de maus tratos, mas que coloca grandes dificuldades de diagnóstico, dado que sintomas, sinais e formas de

abuso são inaparentes ou foram provocados sub-repticiamente. Portugal (2011^a p.10).

HOCKENBERRY e WILSON (2011, p. 494), referem que:

É uma forma rara, porém grave de mau trato infantil, no qual cuidadores deliberadamente exageram ou inventam histórias e sintomas ou induzem sintomas. Na maioria dos casos o perpetrador é a mãe biológica e como resultado da história dos sintomas fornecidos pelo cuidador, a criança tolera exames médicos e procedimentos dolorosos e desnecessários.

Para Ramos (2009, p.18),

É uma entidade relativamente rara, de difícil diagnóstico, caracterizado pela produção intencional ou pela simulação de sintomas e sinais físicos ou psicológicos em uma criança ou adolescente, levando, muitas vezes, a procedimentos diagnósticos desnecessários e potencialmente danosos.

Também Portugal (2011^a p.10) aponta como indicadores de Síndrome Munchausen por Procuração, as seguintes situações:

Ministrar à criança/jovem uma droga/medicamento para provocar determinada sintomatologia; adicionar sangue ou contaminantes bacterianos às amostras de urina da vítima; provocar semi-sufocação de forma repetida antes de acorrer ao serviço de urgência anunciando crises de apneia.

De acordo com Mello e Ferlini (2009) são principais sintomas e métodos de indução deste síndrome, os seguintes:

- Apneia;
- Vômitos intratáveis;
- Sangramento (intoxicação ou adição de tintas, corantes);
- Exantemas (arranhões, pintura da pele);
- Crises convulsivas (falsos relatos, sufocação);
- Diarreia (laxantes);
- Febre (falsificação da temperatura).

4.6 - SÍNDROME DA CRIANÇA SACUDIDA / ABANADA

Sacudir com violência o latente ou a criança pequena, com frequência, resultado da frustração do cuidador com o choro. Nos latentes, a proporção entre a cabeça e o corpo é maior, os músculos do pescoço são fracos e há uma grande quantidade de água no cérebro. Uma sacudida violenta faz com que o cérebro sofra uma rotação dentro do crânio, o que resulta numa força cortante rompendo vasos sanguíneos e neurónios HOCKENBERRY e WILSON (2011, p. 494).

Para Ramos (2009) esta síndrome refere-se a lesões de gravidade variáveis, que ocorrem quando uma criança, geralmente um lactente, é severa ou violentamente sacudida. Pode resultar em:

- Cegueira ou lesões oftalmológicas;
- Atraso no desenvolvimento;
- Convulsões;
- Lesões da coluna vertebral;
- Lesões cerebrais;
- Morte.

Segundo Hockenberry e Wilson (2011) as manifestações clínicas podem passar pelo seguinte:

- Sangramento intracraniano (hematomas subdural e subaracnóideo);
- Hemorragias retinianas;
- Fraturas das costelas e dos ossos longos;
- Sintomas generalizados similares aos da gripe;
- Em casos mais graves: convulsões, postura anormal, alteração do estado de consciência, apneia e bradicardia;
- Ausência de resposta com morte eminente.

A evolução a longo prazo da síndrome da criança sacudida/abanada inclui desordens convulsivas, deficiências visuais incluindo cegueira, atrasos de desenvolvimento, perda de audição, paralisia cerebral e deficiência mental cognitiva e motora, leve a profunda, HOCKENBERRY e WILSON (2011, p. 494).

5 - FATORES DE RISCO DOS MAUS TRATOS

*Os bons vi sempre passar
No mundo graves tormentos;
E para mais me espantar
Os maus vi sempre nadar em mar de contentamentos.*
Luís de Camões

Os fatores de risco dizem respeito a qualquer tipo de influência que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos.

Representam variáveis bio-psico-sociais que, no meio em que ocorrem, podem potenciar alterações impeditivas do adequado desenvolvimento e socialização das crianças e jovens. Os fatores de risco, por si sós, não provam a existência de maus tratos, apenas indiciam a probabilidade do seu aparecimento. Iremos abordar os fatores de risco relacionados com a criança, com o cuidador, com a família e socioculturais.

5.1 - FATORES DE RISCO RELATIVOS À CRIANÇA

Quando se fala de fatores de risco individuais também há que considerar a própria criança. Algumas características das crianças podem ser entendidas pelos seus pais/cuidadores como causadoras de *stress* e, portanto, estar associadas a uma maior probabilidade de ocorrência dos maus tratos, nomeadamente grande irritabilidade, hiper-reatividade aos estímulos do ambiente, doenças ou deficiências, entre outras. Em geral, estas características requerem uma maior atenção e cuidados especiais.

Segundo Portugal (2011^a), entre os fatores de risco de maus tratos individuais da criança, podem destacar-se os seguintes:

- Nascimento prematuro, com baixo peso e temperamento difícil;
- Défice físico e/ou psíquico;
- Doenças neurológicas congénitas ou adquiridas;
- Problemas de saúde crónicos e/ou atrasos de desenvolvimento;
- Problemas de comportamento (agressividade, hiperatividade, oposição, mentiras, absentismo escolar, etc.);

-
- Características físicas que não satisfazem as expectativas dos pais (sexo, saúde, atrativos físicos, ...).

Para Hockenberry e Wilson (2011) para além dos fatores já referidos, enuncia também os seguintes:

- Ser filho não desejado;
- Excessiva dependência ou alheamento;
- Viver em lar ou instituição.

5.2 - FATORES DE RISCO RELATIVOS AO CUIDADOR

PORTUGAL (2011^a) no sentido de se compreender a dinâmica dos maus tratos, elenca como fatores de risco do cuidador os seguintes:

- Ter sido vítima de abuso ou negligência na infância e carecer de modelos de educação adequados;
- Hiper-reactividade aos estímulos do ambiente, concretamente aos relacionados com o criança, como o choro ou a brincadeira, originando respostas desproporcionadas e impulsivas;
- Baixa tolerância ao *stress*, descontrolando-se facilmente com o comportamento dos filhos;
- Falta de capacidade para resolver conflitos, negação do problema, isolamento e/ou comportamentos agressivos;
- Défice de estratégias para resolver os problemas que surgem na educação das crianças;
- Perturbações emocionais (ansiedade, depressão, etc.), mentais ou físicas, que os impedem de reconhecer e responder adequadamente às necessidades da criança;
- Baixa autoestima e grande dependência emocional de outras pessoas, dando prioridade às suas necessidades emocionais em detrimento das dos filhos;
- Problemas de ludopatia, toxicod dependência ou alcoolismo que os impedem de perceber e responder às necessidades dos filhos;
- Dificuldades em se colocarem no lugar dos filhos e falta de sensibilidade relativamente às suas necessidades;

- Estilo comportamental e conceptual rígido, baixo nível intelectual, que lhes dificulta a adaptação às necessidades das diferentes etapas de desenvolvimento dos filhos.

Para Oliveira (2009), consideram-se também fatores de risco:

- Défice de competências parentais;
- História de comportamento violento e/ou antissocial;
- Desajustamento psicossocial / comportamentos aditivos (abuso de substâncias, criminalidade, prostituição, etc.)
- Relações familiares conflituosas;
- Inexistência de condições de habitabilidade;
- Incapacidade de procurar/utilizar os recursos comunitários;
- Ausência de suporte sociofamiliar;
- Ausência prolongada de um dos cuidadores;
- Família disfuncional;
- Insegurança económica /pobreza.

5.3 – FATORES DE RISCO RELATIVOS À FAMÍLIA

Entre os fatores de risco familiares que estão associados aos maus tratos infligidos às crianças podem distinguir-se os relacionados com a própria estrutura e composição familiar e os que estão mais diretamente ligados à interação familiar, concretamente à relação mãe/pai-filho. Estes abrangem várias dimensões, tais como as referidas por Soriano (2006):

- Composição familiar, quando se evidencia desestruturação e falta de coesão e quando os papéis e funções dos seus membros não estão delimitados, nem definidos. Em geral, detetam-se maior número de fatores de risco associados a famílias monoparentais, a famílias com elevado número de filhos, a pais adolescentes ou excessivamente imaturos e a famílias reconstituídas.

- Relação conjugal, quando existem conflitos conjugais que podem culminar com episódios de violência dirigida contra a criança. A violência interparental funciona como modelo para a resolução dos conflitos da criança com os outros e para a legitimação da violência como forma de resolver conflitos.

- Estilo perceptivo dos pais/cuidadores em relação à criança, quando está distorcido e tendem a entender o comportamento da criança de forma negativa, por exemplo, como sendo intencional e para os provocar. Por outro lado, esta distorção cognitiva implica frequentemente a existência de falta de expectativas realistas dos pais/cuidadores em relação ao comportamento e à capacidade da criança, atribuindo-lhe, por vezes, mais responsabilidades e capacidades do que as que consegue assumir, e outras vezes subestimando as suas capacidades.
- Desconhecimento das necessidades da criança, que gera frequentemente sentimentos de impotência ou incapacidade nos pais /cuidadores e gera conflitos com a criança.
- Estilo de disciplina utilizado pelos pais/cuidadores, quando é excessivamente permissivo ou punitivo e revela dificuldades em controlar o comportamento da criança.
- Interação e Comunicação, quando existe, em geral, uma baixa frequência de comportamentos positivos dirigidos à criança, assim como uma fraca interação e comunicação com a mesma.

5.4 - FATORES DE RISCO SOCIOCULTURAIS

Existem algumas situações geradoras de *stress* e risco sociocultural que podem ser:

- O desemprego, a pobreza ou os problemas laborais, na medida em que causam, entre outros, sentimentos de insegurança, temor, irritabilidade e falta de esperança no futuro;
- A família viver num bairro que carece de um sentimento de identidade e de responsabilidade coletiva e onde as condições de vida dominantes são a pobreza, a marginalização e a violência;
- Aprovação social da violência como método de resolver os problemas de relacionamento;
- A defesa extrema do valor da privacidade da família;
- Predominância de valores e atitudes negativos em relação à mulher, à infância e à paternidade;

- O isolamento social, porque implica que a família careça de fontes de apoio e de informação, assim como de modelos ou pontos de referência na área afetiva e económica (SORIANO, 2006).

6 - A CRIANÇA VÍTIMA DE MAUS TRATOS E INTERVENÇÃO EM SAÚDE

“As crianças acham tudo em nada, os homens não acham nada em tudo”.

Giacomo Leopardi

MENDES (2010, pág. 72) diz-nos que:

Mais do que etapas no ciclo de vida do indivíduo, a infância e a adolescência são fases especiais no decorrer do desenvolvimento humano determinando mudanças no indivíduo, conduzindo-o à maturidade dentro dos parâmetros normais no ciclo da evolução humana (...) poderá haver obstáculos que influenciarão esta escalada rumo a uma vida adulta saudável, principalmente aqueles relacionados à construção da auto estima e do fortalecimento de um alicerce sólido da sua saúde mental, indispensável frente aos desafios da vida.

Em Portugal, o tema dos maus-tratos à criança foi trazido à luz do público durante a década de 80, através do empenho da comunidade pediátrica, que atuou em estreita colaboração interdisciplinar com outros profissionais (magistrados, juristas, psiquiatras, técnicos de serviço social, educadores de infância, sociólogos, psicólogos).

Após a comemoração do Ano Internacional da Criança em 1979, começou-se a prestar atenção de forma séria e contínua ao problema das diversas formas de violência contra as crianças, praticadas dentro e fora da família, levando à denúncia e estudo de situações de abuso e de negligência. (OLIVEIRA, 2009 p.91).

No sentido de aprofundar as diversas formas dos maus tratos abordamos em capítulos anteriores os indicadores e caracterização dos maus tratos.

Neste capítulo, iremos analisar as consequências dos maus tratos para o crescimento e desenvolvimento da criança e as medidas a ter em conta na intervenção da saúde, com especial destaque para o papel do enfermeiro. Abordaremos ainda o enquadramento legal em matéria da proteção das crianças e jovens em perigo.

6.1 - CONSEQUÊNCIAS DOS MAUS TRATOS NA CRIANÇA

Pessoas vítimas de violência vivem sob constante estado de alerta, com os seus recursos internos unicamente mobilizados e dirigidos para a preservação da vida. A violência não atinge apenas a pessoa alvo, mas afeta a tantos quantos estiverem no contexto violento, deixando sequelas e marcas nas pessoas, para toda a vida. Se estas pessoas estão na fase de crescimento e desenvolvimento, como é o caso das crianças e adolescentes, os danos são ainda mais graves. Além de terem o seu desenvolvimento prejudicado, a sua disposição para receber ajuda, assim como a sua capacidade de amar estarão igualmente perturbadas, apontando para um futuro de relações interpessoais imprevisível (GRÜDTNER, 2005).

HENRY (2004) citado por ALVES (2011, pág.7)

Refere-se à confiança, autonomia e iniciativa da criança como necessidades que emergem durante a infância, destacando ainda a importância dos prestadores de cuidados, para a satisfação destas necessidades nas crianças (...). Os maus-tratos são uma experiência de vida que quando ocorre durante a idade adulta têm impacto sobre a personalidade já formada, mas, quando esta experiência ocorre durante a infância, etapa desenvolvimental de extrema importância em que a formação da personalidade ainda está a decorrer, esta experiência estará na base da (des)construção da personalidade (HERMAN, 1997 citado por PEREIRA, 2011, pág. 13)

Para Magalhães (2005), citado por Santos (2009) não é possível estabelecer uma conexão entre o tipo de mau trato e as suas consequências a longo prazo, visto que a maior parte destes casos são mistos e as suas consequências encontram-se associadas. A qualidade da relação que a criança estabelece com as figuras de referência vai influenciar os conhecimentos e expectativas acerca do que pode esperar dela própria e do meio envolvente, influenciando as relações intra e interpessoais.

As crianças com uma vinculação insegura terão maior probabilidade de apresentar défices em áreas como a linguagem e a interação social, que por sua vez estão na origem dos problemas de aprendizagem, adaptação escolar e socialização.

As crianças maltratadas apresentam grandes dificuldades no relacionamento com os seus pares e com os adultos. São crianças apáticas e isoladas, reagindo de forma agressiva

ou negativa ao sofrimento do outro. Têm tendência para o desenvolvimento de depressões, revelam pouca expressão afetiva, falta de motivação e envolvimento, comunicação de afetos negativos, inconsciência, imprevisibilidade, ambivalência, ambiguidade, baixa auto-estima e, com frequência, culpabilizam-se por serem vítimas de violência por parte dos pais. (TOMÁS, 2011).

Ainda para Azevedo e Maia (2006) citados por PEREIRA (2011, pág. 13)

A criança depressiva revela pouca autonomia nos seus comportamentos diários relacionados com a higiene pessoal e o vestuário. Perturbações de ordem somática são frequentes (dificuldades em dormir, pesadelos, sonolência diurna e perturbações do apetite). Manifestam grande dificuldade relativamente às separações, manifestam grande vontade em agradar dificultando a sua autonomia, seguindo um comportamento de obediência com o objetivo de tornar-se na criança que os pais desejavam e este comportamento pode esconder o seu sofrimento. As relações interpessoais das crianças vítimas de maus-tratos assumem-se como deficitárias. A teoria da Aprendizagem Social, que tem como um dos pressupostos que a aprendizagem é feita através da observação de comportamentos, explica que crianças que viveram em ambientes hostis e agressivos tendem a manter esse padrão de comportamento, acabando por reproduzir o que observaram e absorveram do meio.

Uma criança vítima de maus tratos de forma repetida e regular, pode apresentar sequelas graves, como o desenvolvimento de distúrbios de ansiedade, depressão crónica e até mesmo o suicídio (MENDES, 2010).

Sabemos, assim, que as crianças vítimas de maus tratos tendem a ser, no futuro, pessoas delinquentes com condutas desaconselháveis e alguns até delinquentes. Muitas delas, já em adultos, manifestam nos seus próprios filhos a violência de que foram vítimas em criança. Podem vir a desenvolver transtornos psiquiátricos, orgânicos ou mistos.

6.2 - O PAPEL DO ENFERMEIRO

Segundo Portugal (2011^a) face à problemática dos maus tratos em crianças e jovens, os profissionais de saúde têm um papel muito importante e os objetivos da sua intervenção perante a suspeita de maus tratos, são os seguintes:

- Proteger a criança/jovem;

- Intervir no risco para prevenir a evolução para o perigo;
- Evitar a recorrência.

Tanto por parte da enfermagem como por de todas as outras profissões, é fundamental o compromisso, a lealdade para com o outro, o empenho, a fim de cuidar das vítimas, bem como prevenir a violência. Assim, a sua atuação será preventiva e não apenas quando a violência já se instaurou, trazendo as suas vítimas semidestruídas para os serviços de saúde. O serviço de saúde pode ser o único lugar que uma pessoa vá pedir ajuda, portanto, ela irá esperando receber tal ajuda (GRÜDTNER, 2005).

A partir do contexto da saúde e de acordo com Soriano (2006), pode-se enunciar, entre outras, como possíveis intervenções preventivas em relação à criança e à família, as seguintes:

- Apoiar os pais no desempenho do seu papel parental;
- Fomentar a criação de um vínculo afetivo pais-filho seguro;
- Sensibilizar os pais para uma parentalidade positiva e educação positiva dos filhos;
- Melhorar a qualidade da comunicação entre os profissionais e os pais/cuidadores;
- Partilhar as suas preocupações, oferecer-lhes a possibilidade de estabelecerem uma relação de apoio e confiança;
- Reconhecer e entender as necessidades emocionais dos pais/cuidadores;
- Diminuir as situações de isolamento social, possibilitando relações de apoio e confiança com os utentes;
- Estabelecer normas de segurança a cumprir pelas crianças e as famílias;
- Incluir os pais (e não apenas as mães) nas visitas e reconhecer a sua função importante na educação do filho e no funcionamento familiar;
- Promover visitas ao domicílio;
- Corrigir as falsas expectativas acerca do desenvolvimento e das capacidades da criança;
- Fazer recomendações concretas e específicas em relação às dificuldades sentidas pela família ou encaminhá-la para os profissionais adequados.

Ainda segundo o mesmo autor, a atitude do profissional de saúde repercute-se na percepção que a criança tem do problema e no seu grau de colaboração no exame. Por isso, é conveniente ser-se cuidadoso para que o desenlace da situação seja o mais positivo possível para a criança e não se produza uma vitimização.

A criança deve sentir e perceber que o enfermeiro está preocupado com o que se passa com ela e tem o máximo interesse em ajudá-la. Para isso, convém ter em conta as seguintes recomendações:

- Adotar uma atitude profissional e não atuar com ligeireza ou levado por um zelo imprudente ou precipitado;
- Conhecer a etapa de desenvolvimento da criança, quais são as suas características psíquicas, intelectuais, emocionais, psicosexuais e corporais;
- Evitar repetições de atos já praticados e testes/provas desnecessárias para minimizar o risco de vitimização secundária. Por isso, é fundamental dispor de uma boa recolha de dados/documentação desde a deteção da situação e manter uma boa coordenação com outros profissionais;
- Despender o tempo necessário para observar a vítima, mostrar tranquilidade e um mínimo de organização. As crianças percebem rapidamente quando há tensão no ambiente e deixam-se facilmente “contagiar”;
- Mostrar segurança/credibilidade e evitar revelar desconfiança em relação às explicações da criança;
- Aceitar o seu relato de uma forma neutra. Evitar emitir juízos acerca da situação de maus tratos e não se deixar levar pela indignação moral, sob pena de poder causar danos adicionais à criança;
- Não manifestar sentimentos contra os pais, não os criticar e não fazer a criança sentir-se culpada;
- Assegurar-lhe que não é culpada pelo que aconteceu;
- Mostrar-se extremamente sensível e empático em relação aos medos da criança. Reconhecer os sentimentos dela e aceitá-los. Responder às suas preocupações e necessidades;
- Adaptar a linguagem ao nível da compreensão, idade e grau de desenvolvimento da criança. Quaisquer perguntas devem ser simples, abertas e diretas. Só

assim a criança entende a necessidade da sua colaboração e pode iniciar uma relação de confiança com o profissional que a atende;

- Inculir-lhe confiança e proporcionar-lhe segurança e apoio;
- Facultar informações, explicar o que se pode fazer e como se pode ajudá-la;
- Assegurar e tranquilizar a criança quanto à sua integridade física e psíquica.

Muitas crianças desenvolvem ideias irracionais e medos em relação ao seu corpo (“o meu corpo está aleijado, doente, é asqueroso, está a apodrecer”);

- Informar sobre a confidencialidade e indicar os seus limites em caso de situações que configuram crime.

Para o sucesso da recolha de informação e entrevista, deve seguir-se determinados parâmetros, conforme recomendações da Portugal (2011^a), e que inclui, nomeadamente, a observação.

A observação é uma etapa fundamental para o diagnóstico de situações de maus tratos. É importante estar atento à expressão comportamental da criança/jovem mas também às interações que estabelece com os pais/acompanhantes. A observação deverá incluir a avaliação dos seguintes parâmetros:

- Crescimento e desenvolvimento da criança/jovem;
- Estado físico (pele, cabelo, unhas, roupa, etc.);
- Estado emocional;
- Estado emocional dos pais (relação pais/filho(a));
- Contexto social (frequência e assiduidade escolar, mendicidade, etc).

Toda uma atitude solícita para com a criança deve estar presente e nortear a prática dos enfermeiros, respeitando os seguintes aspetos:

- Tentar que a entrevista seja realizada pelo profissional de saúde com quem a criança tenha mais vínculo ou contacto;
- Escutar o testemunho da criança/jovem;
- Entender os pontos essenciais da situação;
- Não emitir juízos de valor nem reagir intempestivamente;
- Evitar fazer perguntas diretas que possam soar bruscas ou agressivas;

-
- Não fazer perguntas desnecessárias;
 - Apaziguar as tensões que possam surgir durante a entrevista;
 - Transmitir confiança, orientar e proteger;
 - Utilizar uma linguagem simples, com uma abordagem apropriada à fase de desenvolvimento da criança/jovem;
 - Mostrar disponibilidade para o diálogo com a criança/jovem;
 - Respeitar as pausas no discurso da criança/jovem e os silêncios, mantendo uma escuta ativa constante (PORTUGAL, 2011^a).

Assim, relevamos que junto da criança e jovem deve ser mantida uma atitude de preocupação e interesse, transmitindo respeito pela sua singularidade. Algumas recomendações enunciadas por Portugal (2011^a)

- Que se dá credibilidade e valor ao seu testemunho;
- Que não é culpada da situação;
- Que é muito importante ter falado;
- Que outras crianças/jovens vivem situações idênticas ou que isso também pode acontecer a outros;
- Que ninguém merece ser maltratado ou negligenciado;
- Que vai procurar ajuda para ela e para a sua família;
- Que (e porquê) precisamos de fazer perguntas;
- Que pode fazer perguntas;
- Que não vai ser enganada nem manipulada, nem serão quebradas promessas feitas;
- Que tem tempo para a ouvir e que pode procurá-lo sempre que precisar;
- Que pode falar ou manifestar os seus sentimentos

Para com os pais e/ou cuidadores, o enfermeiro deve também manter uma atitude de respeito pelos valores humanos e profissionalismo, cumprindo com os seguintes aspetos:

- Assegurar um tratamento digno a todos os intervenientes, mesmo nos casos mais complexos;
- Salvar a privacidade e a confidencialidade;
- Não emitir juízos de valor, culpabilizar ou envergonhar os intervenientes;
- Proceder a uma escuta ativa, dar suporte, valorizar as capacidades e competências sem criar uma relação de dependência;
- Promover, no decurso da intervenção, as capacidades e competências da família;
- Facilitar a colaboração e envolvimento da família na intervenção;
- Não negociar as formas de intervenção se não estiverem garantidas as condições de segurança para o profissional ou para a criança/jovem e/ou se a família não colaborar;
- Transmitir-lhes que “estamos todos no mesmo barco” e que, como eles, o nosso interesse é cuidar e proteger as crianças e que vamos ajudá-los nessa tarefa (PORTUGAL, 2011).

A prevenção dos maus tratos constitui a principal prioridade em todo o processo de proteção das crianças e jovens, e um dever dos profissionais que com elas contactam e visa assegurar que estas possam usufruir do seu lugar na infância (SANTOS, 2009).

De referir é a extrema importância de adequar toda a nossa prestação ao tipo de cultura e família em causa, Tal como Oriá, Ximenes, Alves (2005), Referem:

O mais importante para o enfermeiro é descobrir o significado do cuidado cultural, as práticas de cuidado específicas de cada cultura e como os fatores culturais especialmente religião, política, economia, visão de mundo, ambiente, género dentre outros fatores, podem influenciar no cuidado ao ser humano.

Há em algumas culturas comportamentos que são considerados normais e que na nossa cultura são considerados reprováveis. Também a este nível torna-se fulcral o equilíbrio e uma atuação com muito tato e bom senso, afim de sabermos se estamos perante uma situação de maus tratos ou perante uma situação do foro cultural.

6.3 - A LEI DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO

A intervenção em casos de maus tratos infantis deve ser do foro multidisciplinar e é partilhada por várias entidades da comunidade, conforme a Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro), que prevê uma atuação segundo três níveis de intervenção que se articulam e complementam, e os quais podem ser visualizados na figura 1:

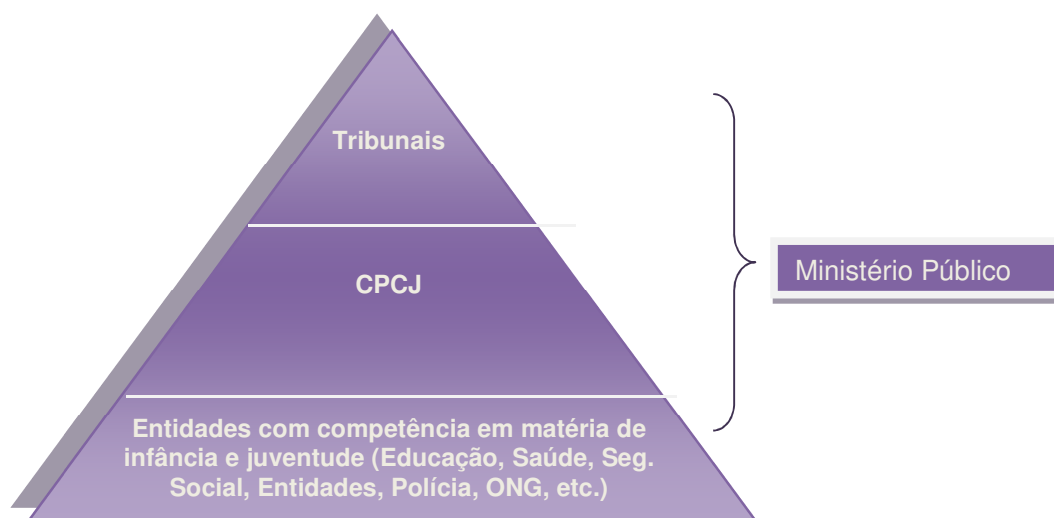


Figura 1 – Níveis de intervenção

No primeiro nível, intervêm as entidades com competência em matéria da infância e juventude, ou seja, as que têm ação privilegiada em áreas como as da saúde, educação, formação profissional, ocupação dos tempos livres, entre outros, tendo em vista a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens, (PORTUGAL, 2011^a p.26).

Em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo, em particular.

No segundo nível, quando não seja possível às entidades acima mencionadas atuar de forma adequada e suficiente para remover o perigo, toma lugar a ação das CPCJ, nas quais a saúde também participa.

No terceiro nível, é à intervenção judicial, que se pretende residual, que cabe assegurar a proteção de crianças e jovens em perigo (PORTUGAL, 2011^a).

Neste contexto, verificamos que os serviços de saúde, enquanto instâncias de primeiro nível, adquirem relevo particular. No âmbito das competências específicas que lhes estão atribuídas, e mediante o enquadramento conferido pela Lei n.º 147/99 de 1 de

Setembro, os ACES e os Hospitais têm prioridade na intervenção junto de crianças e jovens, face às CPCJ e aos Tribunais, que apenas devem ser chamados a agir quando não for possível aos primeiros remover o perigo, isto é, após terem sido esgotados todos os seus meios e os das outras entidades do mesmo nível de competências, cumprindo-se, assim, o princípio da subsidiariedade.

O Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção (PORTUGAL, 2011^a), apresenta em anexo a Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares, que têm a forma de formulários para sinalização de uma potencial situação de mau trato, quer no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, quer a nível Hospitalar.

CAPÍTULO II – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

7 - METODOLOGIA

*“Foi o tempo que ocupei com a minha rosa
que tornou a minha rosa tão importante”*

Saint-Exupéry

Neste capítulo iremos descrever os métodos utilizados para obter as respostas às questões de investigação (FORTIN, 1999). Para tal, foi necessário enquadrar a problemática em estudo, desenvolver o desenho de investigação, definir a população e amostra, as variáveis, escolher o instrumento de colheita de dados mais apropriado para a colheita de dados, no sentido de obter resultados fiáveis.

7.1 - MÉTODOS

Os maus tratos infantis dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima (DELFINO et al., 2005; MARTINS e JORGE, 2010). Surgem-nos na sociedade contemporânea, como um fenómeno novo, resultado de uma profunda alteração de estilos de vida, com conseqüente alteração dos valores morais, individuais e coletivos.

Pode, por outro lado, ser visto como a emergência de um fenómeno sempre existente, que se encontrava camuflado também por regras sociais rígidas, mas permitidas e aceites.

Aliado aos sentimentos de revolta que suscita, é essencialmente um problema de saúde pública de grande magnitude, não apenas pelas causas em si, mas sobretudo pelas conseqüências que dele advêm, podendo mesmo falar-se de um flagelo social.

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio dos maus tratos. A verdadeira dimensão do fenómeno, nas suas várias formas de expressão, não é conhecida. Contudo, os esforços de investigação, levados a

cabo através de uma diversidade de iniciativas, à escala internacional, nacional, ou local, permitem, já, documentar o fato de se tratar de um problema de saúde grave que afeta uma larga parcela da população nas primeiras décadas da vida. O impacto negativo nos indivíduos pode dizer respeito aos domínios do bem-estar físico, psicológico, comportamental, sexual, reprodutivo ou social, cujos efeitos podem persistir nas fases subsequentes do ciclo vital (PORTUGAL, 2011^a).

Perante esta problemática e porque trabalhamos numa USF temos vindo a constatar que, muitas vezes, perante situações de possíveis maus tratos e/ou negligência em relação às crianças, os enfermeiros tendem a não querer interferir nessas situações, ou porque não se tem a certeza da natureza da situação ou por não querer arranjar conflitos, ou até por puro desconhecimento dos sinais aos quais devem estar alerta.

Assim, abraçamos este estudo acerca do “Conhecimento dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre a suspeita e deteção dos maus tratos na criança”.

Em suma, procuramos expressar o mais exatamente possível o que diligenciamos saber e compreender, definindo como questões de investigação:

- Quais os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança?

- Será que as variáveis sociodemográficas (idade, sexo e existência de filhos) dos enfermeiros influencia os seus conhecimentos sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança?

- Qual a relação entre as variáveis socioprofissionais (formação específica na área e tempo de serviço) e os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança?

- Qual a relação entre a experiência de atendimento de crianças vítimas de maus tratos e os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança?

Para dar resposta às nossas questões definimos como objetivos:

- Identificar os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança;
- Determinar a influência das variáveis sociodemográficas (idade, sexo e existência de filhos) dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os

conhecimentos relacionados com os sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança;

- Analisar a influência das variáveis profissionais (formação específica em maus tratos e tempo de serviço) nos conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança;
- Verificar a influência da experiência de atendimento de crianças vítimas de maus tratos e os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança.

É nossa finalidade, sensibilizar os enfermeiros para esta problemática e contribuir para melhorar a prática clínica de enfermagem na deteção perspicaz e encaminhamento assertivo de cada situação.

Para concretização dos objetivos, definimos este estudo como de natureza quantitativa, descritivo, correlacional e de corte transversal. Nas questões abertas será realizada análise de conteúdo, recorrendo à categorização.

Face às questões e objetivos definidos, a representação do estudo pode ser esquematizada num modelo conceptual de base. Segundo Fortin, Côté e Filion (2009), constitui um plano lógico definido pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas. Tem como objetivo controlar possíveis fontes de enviesamento, que podem influenciar os resultados do estudo. Podemos observar na figura 2 o desenho de investigação definido.

A figura 2 procura dar a conhecer a associação entre as variáveis **independentes** e a variável **dependente**, que no presente estudo versa os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança.

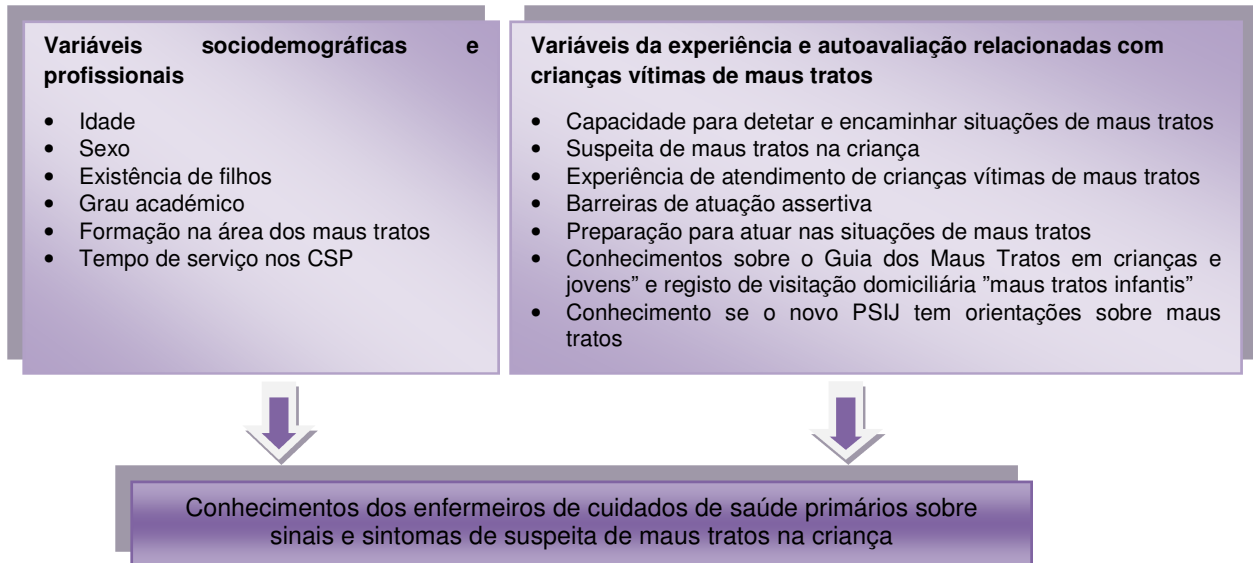


Figura 2 – Modelo conceptual

7.2 – PARTICIPANTES

Para o nosso estudo consideramos como participantes todos os enfermeiros que trabalham em cuidados de saúde primários, no ACES Baixo Vouga e se disponibilizaram a preencher o questionário. Excluimos os profissionais que exercendo funções nas unidades acima mencionadas, se encontravam de férias, licença de maternidade ou baixa médica.

Reporta-se a uma amostra não probabilística por conveniência, constituída por 61 enfermeiros.

7.2.1 – Caracterização da amostra

Pela análise da tabela 1 podemos verificar que a maior parte da amostra encontra-se entre os 35 a 45 anos (44,3%), é do sexo feminino (91,8%) e tem filhos (78,7%). O grau académico mais representado é o grau de Licenciatura (52,5%). Dentro dos Mestrados (n=3), 2 foram realizados em Saúde Pública e 1 em Ciências de Enfermagem. Verificamos também que 31,1% dos enfermeiros inquiridos possuem um curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, sendo os cursos mais representados o de Saúde Comunitária (28,6%) e de Saúde Mental e Psiquiátrica (28,6%).

Verificamos ainda que a grande maioria dos enfermeiros referiu não ter feito formação específica na área dos maus tratos à criança e jovem (88,5%).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e profissional da amostra

Variáveis	Nº	%
Sexo		
Feminino	56	91,8
Masculino	5	8,2
Total	61	100,0
Idade (anos)		
20 a 25 anos	1	1,6
25 a 35 anos	15	24,6
35 a 45 anos	27	44,3
45 a 55 anos	17	27,9
Mais de 55 anos	1	1,6
Total	61	100,0
Existência de filhos		
Sim	48	78,7
Não	13	21,3
Total	48	78,7
Grau académico		
Bacharelato	2	3,3
Licenciatura	32	52,5
Pós-graduação	5	8,2
Mestrado	3	4,9
Pós-Licenciatura de Especialização	19	31,1
Total	61	100,0
Formação na área dos maus tratos		
Sim	7	11,5
Não	54	88,5
Total	61	100,0

Na tabela 2 observamos que a média de tempo de serviço da amostra foi de 11,60 anos (6,54), com um mínimo de 1 ano e um máximo de 29 anos.

Tabela 2 – Estatística descritiva do tempo de serviço nos cuidados de saúde primários (anos)

N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
60	11,60	10,50	6 ^a	6,544	42,820	1	29

7.3 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Na recolha da informação pretendida, é necessário efetivar a construção de um instrumento de colheita de dados. Tal tarefa encontra-se, entre os maiores desafios do processo de pesquisa.

A elaboração do instrumento de colheita de dados foi encontrado a partir da pesquisa bibliográfica realizada sobre o tema, tendo em conta os objetivos do estudo, as condições para a sua realização, a amostra sobre o qual o mesmo incide e a facilidade da sua aplicabilidade. Assim, decidimo-nos pela utilização do questionário de auto preenchimento.

O nosso questionário é constituído por um total de 11 perguntas na sua maior parte de respostas fechadas, apenas 2 de resposta aberta e está estruturado em duas partes (**Anexo II**).

Na primeira parte, o questionário refere-se às **variáveis independentes** em que incluímos os dados sociodemográficos e profissionais isto é, procuramos caracterizar a amostra através do sexo, idade, categoria profissional, formação académica, tempo de serviço em cuidados de saúde primários e se fez alguma formação ao nível específico dos maus tratos infantis.

Na segunda parte, procuramos identificar as variáveis relacionadas com **a experiência** dos participantes no âmbito das suas atividades em cuidados de saúde primários em relação à suspeita ou deteção dos maus tratos em crianças e a **sua autoavaliação relacionada** com crianças vítimas de maus tratos.

Na pergunta número um, referente à variável Capacidade para detetar e encaminhar situações de maus tratos, questionamos o profissional acerca do seu à vontade para detetar e encaminhar situações desta natureza. Na questão número três, referente à variável Suspeita de maus tratos na criança, perguntamos se alguma vez suspeitou de maus tratos numa criança. Para a variável Experiência de atendimento de crianças vítima de maus tratos incluímos a questão quatro “se atendeu alguma criança vítima de maus tratos” e a questão cinco em que para as respostas positivas de terem atendido, procuramos saber como atuou.

Na questão seis procuramos saber as Barreiras de atuação assertiva e interrogamos sobre quais as barreiras que sente para uma atuação mais assertiva.

Quanto à variável Preparação para atuar nas situações de maus tratos incluímos a questão sete se se considera preparado para lidar com este tipo de situação, e a questão oito se sente necessidade de formação neste campo.

Incluímos ainda um grupo de variáveis relacionadas com os Conhecimentos sobre o Guia dos Maus Tratos em crianças e jovens” e o registo de visitação domiciliária “maus

tratos infantis” em que a questão nove teve em vista saber se os enfermeiros conhecem o “Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Maus Tratos em Crianças e Jovens”, a questão dez se conhecem o “Guia de Registo da Visita Domiciliária maus tratos infantis” e por último a questão onze referente ao Conhecimento se o novo (PSIJ) Programa de Saúde Infantil e Juvenil tem orientações sobre maus tratos. Na última questão deu-se espaço para o profissional apresentar livremente as sugestões que entender pertinentes.

A variável dependente refere-se aos conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança. Foi obtida através do somatório do número de respostas corretas aos itens que compõem a questão número dois referente aos conhecimentos dos sinais e sintomas de suspeita de maus tratos. Teve por base as “Boas Práticas” e a “Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares” do Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Maus Tratos em Crianças e Jovens (PORTUGAL, 2011^a).

Dado que todos os sinais e sintomas apresentados são verdadeiros, seria de esperar um total de 100% à opção “sim”, sendo que as opções “não” e “não sei” são aceites como incorretas.

7.4 - PROCEDIMENTOS

A elaboração de qualquer trabalho de investigação, implica sempre ter presentes princípios éticos que possam garantir e salvaguardar os direitos e a dignidade da pessoa que participa na investigação. Assim, a colheita de dados foi realizada através da entrega dos questionários nas várias unidades de cuidados que compõe o ACES Baixo Vouga, após autorização positiva do Presidente do ACES e parecer favorável da Comissão de Ética da ARS Centro.

Os questionários foram dirigidos e preenchidos pelos enfermeiros que ali trabalham, durante os meses de Março e Abril de 2013.

Procuramos que o nosso desempenho, em todo o processo de investigação fosse encaminhado por uma rigorosa conduta ética, garantindo o anonimato, a confidencialidade, a liberdade, a dignidade e o respeito pelos participantes, dessa forma foram realizados um conjunto procedimentos em etapas distintas:

- O pedido de parecer ético do estudo à Comissão de Ética da ARS Centro;
- Autorização do Presidente do ACES Baixo Vouga para aplicação do questionário;

➤ Cada questionário foi precedido por uma nota explicativa que apresenta a natureza e finalidade do estudo, salientando o caráter voluntário da participação e a salvaguarda do anonimato e confidencialidade e solicitada (**Anexo II**).

A distribuição dos questionários pelas unidades de saúde foi realizada pela investigadora principal, com a colaboração das enfermeiras coordenadoras. Os questionários ficaram na posse das enfermeiras coordenadoras dentro de um envelope, responsabilizando-se estas pela sua distribuição aos restantes profissionais. Após o preenchimento, cada envelope era fechado e elaboramos uma listagem dos enfermeiros pertencentes a cada unidade, no sentido de facilitar a gestão de entrega e devolução dos questionários.

7.5 - TRATAMENTO ESTATÍSTICO

Para o tratamento estatístico utilizámos o programa SPSS, versão 21 e recorremos à estatística descritiva e inferencial. Os testes utilizados foram os mais adequados a cada variável em análise. (PESTANA e GAGEIRO 2003)

8 - RESULTADOS

*“Quantas coisas perdemos por medo de perder”
Paulo Coelho*

Neste capítulo iremos apresentar a análise dos dados obtidos recorrendo à estatística descritiva e à estatística inferencial.

8.1 – ANÁLISE DESCRITIVA

A estatística descritiva é a primeira a ser utilizada e consiste na análise exploratória dos dados, destacando os mais relevantes e congruentes com os objetivos e questões de investigação (HILL e HILL, 2002). Por uma questão de organização da apresentação dos resultados estruturamos este capítulo em função das variáveis definidas e respetivas questões do questionário:

Variáveis da experiência e auto-avaliação relacionadas com crianças vítimas de maus tratos

1) Capacidade para detetar e encaminhar situações de maus tratos

Quisemos em primeiro lugar saber a autoavaliação dos participantes para detetarem e encaminharem as situações de maus-tratos em crianças, classificando as suas respostas em **nada**, **pouco**, **indiferente**, **à vontade** e **muito**. E verificamos pela tabela 3 que a maior parte da amostra se sente **à vontade** para detetar e comunicar casos de violência relacionadas com Abandono (66,67%), Abandono afetivo (63,93%), Negligência (63,33%), Mau trato físico (59,02%), seguindo-se sucessivamente Disfuncionalidade parental/familiar (48,33%), Envenenamento recorrente (40,98%), Mau trato psicológico ou emocional (44,26%), Abuso sexual (37,70%) e Atribuição de doença que não existe (35,59%). Verificamos que se sentem pouco à vontade para referenciar Maus tratos psicológicos ou emocionais (45,9%), Atribuição de doença que não existe (44,3%) e Abuso Sexual (41,0%).

Muito poucos foram os que responderam **nada**, **indiferente** e **muito**.

Pela mesma tabela verificamos que para a opção de resposta **pouco**, as respostas obtidas foram de (45,90%) Mau trato psicológico ou emocional, (45,76%) Atribuição de doença que não existe, (40,98%) Abuso sexual, (36,07%) Envenenamento recorrente,

(27,87%) Mau trato físico, Negligência, Abandono afetivo e Disfuncionalidade parental/familiar, sendo por último (21,67%) o Abandono.

Tabela 3 – Capacidade para detetar e encaminhar situações de maus tratos

	Nada		Pouco		Indiferente		À vontade		Muito		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mau trato físico	1	1,64	17	27,87	5	8,20	36	59,02	2	3,28	61	100,0
Mau trato psicológico ou emocional	1	1,64	28	45,90	5	8,20	27	44,26	0	0,00	61	100,0
Abuso sexual	7	11,48	25	40,98	4	6,56	23	37,70	2	3,28	61	100,0
Envenenamento recorrente	7	11,48	22	36,07	6	9,84	25	40,98	1	1,64	61	100,0
Negligência	0	0,00	17	28,33	2	3,33	38	63,33	3	5,00	60	100,0
Atribuição de doença que não existe	5	8,47	27	45,76	5	8,47	21	35,59	1	1,69	59	100,0
Abandono afetivo	2	3,28	17	27,87	3	4,92	39	63,93	0	0,00	61	100,0
Abandono	1	1,67	13	21,67	4	6,67	40	66,67	2	3,33	60	100,0
Disfuncionalidade parental/familiar	3	5,00	17	28,33	7	11,67	29	48,33	4	6,67	60	100,0

2) Suspeita de maus tratos na criança e Experiência de atendimento de crianças vítimas de maus tratos

A tabela 4 reflete as respostas à questão associada à suspeita e ao atendimento de crianças vítimas de maus tratos. Podemos verificar que 73,3% referiram suspeitar que determinada criança era vítima de maus tratos, e 52,5% referiram ter atendido alguma criança com suspeita de maus tratos.

Tabela 4 – Distribuição da amostra segundo a suspeita de maus tratos e atendimento da criança

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Suspeita de maus tratos	44	73,3	16	26,7	60	100,0
Atendimento da criança vítima de maus tratos	32	52,5	29	47,5	61	100,0

Ainda referente à experiência dos enfermeiros sobre os casos de atendimento da criança vítima de maus tratos, soubemos pelas respostas à questão número cinco que a maioria comunicou ao médico de família (81,3%) e um pouco mais de metade (53,1%) encaminharam para a CPCJ. De referir que 25,0% dos enfermeiros se preocuparam em acompanhar a situação (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição da amostra segundo o local para onde encaminhou a criança

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Encaminhei para a CPCJ	17	53,1	15	46,9	32	100,0
Encaminhei para a assistente social	13	40,6	19	59,4	32	100,0
Referi ao médico de família	26	81,3	6	18,8	32	100,0
Encaminhei para intervenção precoce	8	25,0	24	75,0	32	100,0
Acompanhei a situação	8	25,0	24	75,0	32	100,0
Outro	2	6,3	30	93,8	32	100,0

Podemos também verificar pela tabela 6 que a totalidade dos enfermeiros que tiveram formação específica (n=7) referiram ter suscitado durante a consulta de enfermagem de indícios de maus tratos em crianças. Dos que não tiveram formação encontramos 30,2% que nunca suspeitaram de existências de maus tratos nas crianças que atenderam.

Tabela 6 – Relação entre a formação específica em maus tratos e a suspeita de vítima de maus tratos

Alguma vez, durante uma consulta de Enfermagem, suspeitou que determinada criança era vítima de maus tratos?		No âmbito da formação contínua, fez alguma formação específica na área dos maus tratos infantis?		Total	Fisher's Exact Test Sig
		Sim	Não		
Sim	N	7	37	44	0,099
	% Coluna	100,0%	69,8%	73,3%	
Não	N	0	16	16	
	% Coluna	0,0%	30,2%	26,7%	
Total	N	7	53	60	
	% Coluna	100,0%	100,0%	100,0%	

3) Barreiras de atuação assertiva

Relativamente à questão aberta sobre as principais barreiras que os enfermeiros consideram existirem para a sua atuação mais assertiva na deteção e encaminhamento das crianças vítimas de maus tratos, verificamos pelo quadro que se segue que os enfermeiros enunciaram como principais barreiras os problemas relacionados com os cuidadores/crianças com 16 unidades de enumeração. Como exemplo referimos as seguintes expressões “Família da criança”; Faltar às consultas de vigilância”; Negação do cuidador”.

Um outro indicador que resultou da análise da questão foram os problemas associados à referência (15): “Falta de articulação entre serviços”; “Processos burocráticos”.

A falta de formação aparece, com 13 unidades de enumeração, seguida da violência sobre o profissional (12), onde é mais referido o “Medo de represálias”

Quadro 1 – Matriz da categoria “Barreiras de atuação mais assertivas”

Indicadores	Unidades de Registo	Unid. Enum.
Desconhecimento de mecanismos de referênciação	“Desconhecimento de Protocolos de Atuação” B1R1 “Desconhecimento do instrumento de notificação” B1R20 “Desconhecimento dos mecanismos de encaminhamento” B1R7, B1R6 “Desconhecimento de circuito de informação” B2R57 “Como referenciar” B3R19, B3R42, B3R12 “Desconhecimento do processo legal” B3R20 “Desconhecimento dos profissionais no âmbito da atuação” B3R46	10
Falta de formação	“Falta de conhecimento” B1R27 “Falta de formação” B1R10, B1R14, B1R13, B1R17, B1R57, B2R3, B2R22, B2R42, B3R26, B3R9 “Falta de técnicos especializados” B1R5 “Formação mais assertiva na área” B1R18	13
Feedback das entidades gestoras do processo	“Pouca comunicação dos casos seguidos quer pelo núcleo, quer pelo CPCJ” B1R44	1
Identificação de sinais/sintomas	“Falta de factos” B1R60 “Identificar corretamente os sinais e sintomas” B1R23 “Identificar vítimas de maus tratos” B1R16 “Incerteza e dúvida se os maus tratos sempre efetivos ou não” B1R55 “Não reconhecer os sinais” B1R12, B3R6 “Não ter a certeza se na verdade são maus tratos” B1R56 “Obter informações reais” B1R24 “Dificuldade de ver além das palavras e comportamentos” B2R1 “Receio de errar” B2R38 “Medo de não estar a ser correto” B2R61	11

Quadro 1 – Matriz da categoria “Barreiras de atuação mais assertivas” (continuação)

Problema associados à referenciação	<p>“Atraso na resposta do serviço social” B1R26</p> <p>“Dificuldade na articulação com outras entidades” B1R4</p> <p>“Inexistência de protocolos de atuação” B1R22</p> <p>“Ligação mais fácil com as entidades apoiantes...” B1R29</p> <p>“O próprio sistema de saúde” B1R3</p> <p>“Processos burocráticos” B1R48, B3R41</p> <p>“Tipo de comunicação” B1R31</p> <p>“Burocracia” B2R59</p> <p>“Falta de articulação entre serviços” B2R5, B2R10</p> <p>“Legislação” B2R19</p> <p>“Processo de encaminhamento” B2R16</p> <p>“Protocolos de atuação” B2R60</p> <p>“Resposta serviço deficiente” B3R59</p>	15
Problemas associados à orgânica do serviço	<p>“Falta de tempo” B1R59, B1R50, B2R27, B2R17, B2R46, B2R43</p> <p>“Tempo limitado de consulta” B1R42</p> <p>“Excesso de trabalho nos serviços” B2R48</p> <p>“Privacidade para diálogo com pais-crianças” B2R41</p> <p>“Falta de espaço físico adequado” B3R17</p>	10
Problemas relacionados com cuidadores/crianças	<p>“Aproximação dos cuidadores” B1R39</p> <p>“Barreira cultural” B1R43</p> <p>“Criança” B1R51</p> <p>“Família da criança” B1R35, B1R36, B1R38, B1R46, B2R51</p> <p>“Negação do cuidador” B1R61, B1R34</p> <p>“O acompanhamento consentido e atempado (família/criança)” B1R41</p> <p>“Observação periódica com dificuldade (pais não comparecem)” B1R25</p> <p>“Omissão de factos e acontecimentos por parte dos utentes” B1R9</p> <p>“Crianças não seguidas em SI no CS” B2R44</p> <p>“Desestruturação familiar” B2R4</p> <p>“Faltar às consultas de vigilância” B2R9 B2R34 B2R31</p> <p>“Temperamento difícil da criança” B2R25</p> <p>“Barreira linguística” B3R43</p> <p>“Coação dos pais sobre os filhos” B3R25</p> <p>“Fatores Externos” B3R31</p> <p>“Mentir” B3R34</p>	23
Problemas relacionados com os profissionais	<p>“Indiferença médica” B1R47</p> <p>“Indiferença dos demais profissionais do serviço” B2R47</p> <p>“Inexperiência na área” B2R20</p> <p>“Não valorizar a sua importância como “auto-defesa”” B2R12</p> <p>“Sentimento de Impotência” B3R13</p>	8
Relação família/profissional	<p>“Perda confiança dos pais em relação aos profissionais” B1R19</p>	1
Assunto “tabu”	<p>“Assunto “tabu”” B2R26</p> <p>“Desvalorização do problema” B3R47</p>	2
Dados/História insuficiente	<p>“Compreender várias versões da situação” B2R24</p> <p>Conseguir recolher as várias versões para despiste” B2R23</p> <p>“Acompanhar todos os elementos da família em casais divorciados” B3R24</p> <p>“Pouco conhecimento sobre a família” B3R44</p> <p>“Questionar de forma correta visando a obtenção de respostas” B3R23</p>	5
Desconhecimento de história familiar	<p>“Desconhecimento de história familiar” B2R7</p>	1
Dúvidas sobre o impacto da referenciação	<p>“Incerteza quanto ao sucesso das medidas” B2R13</p> <p>“Incerteza do futuro da criança” B3R14</p> <p>“Não referenciar para evitar “os problemas”” B3R16</p>	3

Quadro 1 – Matriz da categoria “Barreiras de atuação mais assertivas” (continuação)

Violência sobre o profissional	“Integridade física” B2R35 “Medo de represálias” B2R6, B2R14, B2R55, B2R56, B2R39, B3R61, B3R57, B3R48 “Manter segurança e integridade física do profissional” B3R39 “Perseguição” B3R35	12
Articulação entre as entidades responsáveis pela criança	“Falha na articulação Escola/Saúde/Família” B3R5	1
Consequências para a criança	“Repercussões físicas/materiais para o próprio” B3R7	1

4) Preparação para atuar nas situações de maus tratos

Analisando a tabela 7 podemos verificar que 55% dos inquiridos referem não se sentirem preparados para detetar e encaminhar as crianças vítimas de maus tratos, Quando questionados acerca da necessidade de formação a este nível, a quase totalidade dos enfermeiros (93,3%) referem sentir necessidade de formação.

Tabela 7 – Distribuição da amostra segundo a preparação para detetar e encaminhar as crianças vítimas de maus tratos

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Sente-se preparado(a) para detetar e encaminhar as crianças vítimas de maus tratos	27	45,0	33	55,0	60	100,0
Sente necessidade de formação a este nível	56	93,3	4	6,7	60	100,0

5) Conhecimentos sobre o Guia dos Maus Tratos em crianças e jovens, o registo de visitação e conhecimento se o novo PSIJ tem orientações sobre maus tratos.

De referir que a grande parte dos participantes não conhece o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção dos Maus Tratos Infantis (78,3%), não conhece o Guia de Registo de Visitação Domiciliária (74,6%), nem tem conhecimento se o novo PSIJ vai fazer referência explícita e remeter os profissionais de saúde para os documentos sobre o diagnóstico e abordagem das situações de maus tratos à criança (83,1%) (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição da amostra segundo Conhecimento do Guia Prático, Guia de Registo de Visitação Dom. e se o Novo Programa de (SIJ) Saúde Infantil e Juvenil faz referência explícita

	Sim		Não		Total	
	N	%	N	%	N	%
Conhece o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervens�o nos Maus Tratos Infantis	13	21,7	47	78,3	60	100
Conhece o Guia de Registo de Visita�o Domiciliária	15	25,4	44	74,6	59	100
Conhecimento se o Novo PSIJ vai fazer referência sobre o diagnóstico e abordagem das situa�es de maus tratos � criança	10	16,9	49	83,1	60	100

6) Conhecimento dos sinais e sintomas de suspeita de maus tratos.

Pela tabela 9 verificamos os resultados referentes   questão em que os enfermeiros assinalaram os sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança. Verificamos que menos de metade da amostra considerou Separa o, divórcio e conflitos de custódia (43,3%), Gravidez (39,0%), Dificuldades/Insucesso escolar (46,7%), Perturba es do desenvolvimento psicomotor (41,7%), Perturba es do comportamento alimentar (45,0%), Medo e/ou fobia de pequena intensidade em criança com menos de 5 anos (41,7%), e as Perturba es psicóticas (35,6%), como Sinais e Sintomas de suspeita de maus tratos na criança.

Tabela 9 – Conhecimento dos sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança

	Sim		Não		Não Sei	
	N	%	N	%	N	%
Pais/cuidadores com comportamentos aditivos	41	68,3	6	10,0	13	21,7
Separação divórcio e conflitos de custódia	26	43,3	19	31,7	15	25,0
Mudança sucessiva de serviço de saúde	32	54,2	11	18,6	16	27,1
Violência familiar ou doméstica	59	98,3	0	0,0	1	1,7
Desvinculação da família	51	86,4	5	8,5	3	5,1
Acompanhamento insuficiente da criança às consultas de vigilância/ em situação de doença e internamento	48	80,0	8	13,3	4	6,7
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores	53	88,3	4	6,7	3	5,0
Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou automutilação	46	76,7	4	6,7	10	16,7
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas interpessoais	37	61,7	11	18,3	12	20,0
Comportamentos sexualizados	32	53,3	7	11,7	21	35,0
Comportamento ou ideia suicida	38	64,4	6	10,2	15	25,4
Alteração do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese)	28	46,7	16	26,7	16	26,7
Gravidez	23	39,0	15	25,4	21	35,6
Dificuldades/insucesso escolar	28	46,7	18	30,0	14	23,3
Manifestações somáticas	33	55,0	9	15,0	18	30,0
Perturbações do comportamento e da relação	40	67,8	9	15,3	10	16,9
Perturbações emocionais (tristeza, fadiga, ansiedade)	48	80,0	5	8,3	7	11,7
Ansiedade e comportamentos regressivos	37	63,8	9	15,5	12	20,7
Perturbações do desenvolvimento psicomotor	25	41,7	19	31,7	16	26,7
Perturbações do comportamento alimentar	27	45,0	19	31,7	14	23,3
Medo e/ou fobia de pequena intensidade (criança com < de 5 anos)	25	41,7	18	30,0	17	28,3
Perturbações psicóticas	21	35,6	14	23,7	24	40,7
Abuso de substâncias tóxicas nos adolescentes	36	61,0	14	23,7	9	15,3
Vestuário desadequado à época do ano	34	56,7	13	21,7	13	21,7
Inexistência de rotinas (nomeadamente alimentação e sono/vigília)	36	60,0	11	18,3	13	21,7
Hematomas e outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas	55	91,7	2	3,3	3	5,0
Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam devidamente acompanhadas	43	72,9	6	10,2	10	16,9
Intoxicações e acidentes de repetição	57	95,0	1	1,7	2	3,3
Faltas sucessivas às consultas de vigilância de saúde e à vacinação	50	84,7	2	3,4	7	11,9
Infeções de transmissão sexual	53	88,3	2	3,3	5	8,3
Lesões dos genitais	58	95,1	2	3,3	1	1,6
Queimaduras, em particular se com distribuição anormal (padrão luva e meia ou formato de objeto identificável)	58	95,1	1	1,6	2	3,3
Múltiplas lesões, especialmente de diferentes estádios de evolução: equimoses, vergões na pele, cortes, abrasões, etc.	60	98,4	0	0,0	1	1,6
Hemorragia peri-orbital	42	71,2	4	6,8	13	22,0
Lesões do sistema nervoso central (hematoma, edema cerebral, principalmente em crianças com menos de 1 ano de idade)	52	85,2	4	6,6	5	8,2
Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada)	56	91,8	2	3,3	3	4,9
Fraturas dos ossos longos/costelas	49	80,3	2	3,3	10	16,4
Fraturas com padrões específicos, especialmente em latentes, ou calos ósseos correspondentes a fraturas anteriores	61	100,0	0	0,0	0	0,0
Demora ou ausência na procura de cuidados médicos	52	86,7	2	3,3	6	10,0
Alterações graves do estado nutricional (desidratação/má nutrição)	59	96,7	0	0,0	2	3,3
Higiene deficitária (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar)	56	91,8	1	1,6	4	6,6
Atraso no crescimento sem causa orgânica	44	72,1	8	13,1	9	14,8

O mínimo de respostas corretas obtido foi de 9 e o máximo de 42, sendo o total das perguntas também 42.

Observa-se que a amostra obteve uma média de respostas corretas de 29,66 (desvio padrão de 8,46), o que nos leva a concluir que é um valor bom para os valores apresentados.

Tabela 10 – Análise descritiva das respostas corretas à Questão 2

N	Média	Mediana	Moda	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
61	29,66	31,00	42	8,465	71,663	9	42

8.2 - ANÁLISE INFERENCIAL

Após a apresentação e análise descritiva dos dados que foram obtidos, procedemos de seguida à verificação das questões de investigação por nós formuladas e à análise exploratória dos dados, através da estatística inferencial, tendo em vista a reflexão sobre os dados referentes à população de onde foi selecionada a amostra.

Uma vez que se trata de uma amostra com menos de 30 indivíduos nalguns grupos, optámos pelo uso dos testes não paramétricos para testar as hipóteses formuladas.

Dado tratar-se de uma variável dependente numérica, e tendo em conta a opção por testes não paramétricos, utilizamos nas variáveis categóricas com 2 grupos o Teste U Mann Whitney, com mais que dois grupos o teste Kruskal-Wallis (com pairwise comparison se forem observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos), e a correlação de Spearman no caso de variáveis numéricas.

As associações entre as variáveis, foram testadas com uma probabilidade de 95%, de onde resulta um nível de significância de 5% ($\alpha=0,05$). Este nível de significância permite-nos afirmar com uma "certeza" de 95%, caso se verifique a validade da hipótese em estudo, a existência de uma relação entre as variáveis.

- Será que as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, existência de filhos) dos enfermeiros influenciam os seus conhecimentos sobre sinais e sintomas de suspeita maus tratos na criança.

A partir das questões de investigação formuladas pretendemos nesta primeira parte da análise inferencial verificar a existência de relações entre as variáveis idade, sexo, existência de filhos e os conhecimentos dos enfermeiros de cuidados de saúde primários sobre a deteção da criança vítima de maus tratos.

Podemos constatar pela análise da tabela 11, que não se verificam diferenças estatísticas significativas com o nível de conhecimentos, no respeitante à idade ($p=0,295$), ao sexo ($p=0,750$), e à existência de filhos ($p=0,369$), para um nível de significância de 95%.

Tabela 11 – Associação entre Conhecimentos dos Enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita maus tratos na criança e as variáveis sociodemográficas

Idade	Conhecimentos dos Enfermeiros		
	N	Teste de Kruskal Wallis Média de Ranks	p
20 a 25 anos	1	8,50	0,295
25 a 35 anos	15	25,87	
35 a 45 anos	27	32,80	
45 a 55 anos	17	35,00	
Mais de 55 anos	1	14,00	
Sexo	N	Teste U Mann-Whitney Média de Ranks	p
Feminino	56	30,77	0,750
Masculino	5	33,60	
Existência de filhos	N	Teste U Mann-Whitney Média de Ranks	p
Sim	48	32,06	0,369
Não	13	27,08	

- Qual a relação entre as variáveis socioprofissionais (formação específica na área e tempo de serviço) e os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança?

A segunda questão refere-se à verificação das relações entre a formação específica na área dos maus tratos à criança e os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança.

Relativamente à formação específica na área de maus tratos, podemos verificar a existência de diferenças estatisticamente significativas que evidenciam a relação entre formação específica e os conhecimentos por parte dos enfermeiros ($p=0,036$).

Tabela 12 – Relação entre a formação específica e os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança

Formação específica na área dos maus tratos infantis	Conhecimentos dos Enfermeiros		
	N	Média de Ranks	p UMW
Sim	7	44,07	0,036
Não	54	29,31	
Total	61		

Relativamente ao tempo de serviço, verificamos pela tabela 13 que não existe relação entre esta variável e os conhecimentos dos enfermeiros ($p=0,234$).

Tabela 13 – Correlação de Spearman entre os conhecimentos e o tempo de serviço

		Conhecimentos dos Enfermeiros
Tempo de Serviço (anos)	Coefficiente de correlação	0,156
	p (bicaudal)	0,234

- Qual a relação entre a experiência de atendimento de crianças vítimas de maus tratos e os conhecimentos dos enfermeiros sobre sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança?

Podemos constatar, pela tabela 14 que os enfermeiros que referem ter atendido alguma criança vítima de maus tratos, apresentam níveis de conhecimentos sobre a detecção da criança vítima de maus tratos superiores face aos restantes. Pela análise do nível de significância obtido podemos afirmar que existe associação entre os enfermeiros que referiram ter atendido alguma criança vítima de maus tratos ($p=0,003$) e os conhecimentos apresentados.

Tabela 14 – Relação entre a experiência de atendimento e os conhecimentos dos enfermeiros

Experiência de atendimento de crianças vítimas de maus tratos	Conhecimentos dos Enfermeiros		
	N	Média de Ranks	p UMW
Sim	32	37,38	0,003
Não	29	23,97	
Total	61		

9 - DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Os enfermeiros dos cuidados de saúde primários lidam com alguma frequência com situações de maus tratos infantis. Este trabalho abordou alguns aspetos inerentes às práticas e conhecimentos dos Enfermeiros sobre a suspeita de maus tratos na criança e o seu encaminhamento.

Apesar dos maus tratos existirem desde sempre, a dinâmica interna destas ocorrências, nomeadamente os momentos do curso de vida em que se concretizam, as situações que os caracterizam, os protagonistas neles envolvidos e ainda a forma como têm evoluído têm fatores de risco muito variados e não são totalmente conhecidos (Oliveira, 2009).

A nossa amostra foi maioritariamente do sexo feminino (91,8%), com idade entre os 35 e os 45 anos, com filhos e grau académico de licenciado. A média de tempo de serviço dos enfermeiros foi de 11,6 anos.

A maioria referiu não ter formação específica na área de maus tratos (88,5%) e 93,3% referiram sentir necessidade dessa formação específica. Este achado vai de encontro a PARRAGA (2010, pág.42) que refere “para os profissionais de saúde que atuam nesse contexto, especialmente o enfermeiro, há necessidade de um melhor preparo”.

Em concordância está também o estudo de Cunha (2007) onde a maioria dos profissionais de enfermagem afirmou que nunca recebeu formação acerca desta temática, reforçando ainda a sua vontade em investir na formação a este nível.

A maioria referiu sentir-se com à vontade para detetar e comunicar casos de abandono, negligência e mau trato físico, mas por outro lado pouca capacidade para detetar situações de maus tratos psicológico/emocional e de abusos sexuais. Pensamos que os casos de negligência e maus tratos físicos são mais objetivos e por isso mais fáceis de identificar. Os maus tratos psicológicos para sua identificação necessitam de um acompanhamento mais de perto e continuado o que nem sempre é fácil para o enfermeiro. No estudo realizado por Cunha (2007) a população referia não se sentir à vontade para detetar casos de maus tratos a crianças e a expressiva maioria referiu que nunca tinha detetado nenhum caso, embora muitas vezes tivesse suspeitado.

Dos enfermeiros inquiridos, a maioria já atendeu crianças vítimas de maus tratos o que nos leva a refletir que esta problemática é atual e justifica que haja formação específica

nesta área nos enfermeiros dos cuidados de saúde primários. Estes profissionais são muitas vezes os primeiros a contactar com estas crianças e famílias, podendo sinalizá-las, acompanhar e/ou encaminhar para os serviços e apoios adequados.

Verificamos que das situações que foram detetadas a maioria dos enfermeiros referiu a situação ao médico (81,3%), cerca de 53% encaminharam para a CPCJ e 40% encaminharam para a técnica de serviço social.

Estes nossos resultados não concordam com o estudo de Cunha (2007, p.121) onde refere que “a expressiva maioria de profissionais de enfermagem (68,4%) informa que, individualmente nunca diagnosticou casos de crianças em situação de violência familiar no hospital em que participou da pesquisa”.

Perguntamos aos enfermeiros quais as maiores dificuldades que sentem ao lidarem com situações de maus tratos e estes referiram como principais, os problemas relacionados com cuidadores/crianças como sejam a presença da família e a negação por parte do cuidador ou a omissão de fatos. Referiram ainda dificuldade na articulação entre serviços e a burocratização destes processos. Foi também sentida por muitos enfermeiros a falta de formação na área dos maus tratos mas também na comunicação/relacionamentos interpessoais e forma de abordagem destes problemas com a criança/família.

Compreendemos as dificuldades sentidas pelos enfermeiros pois esta é uma questão muito sensível e de difícil abordagem. As entidades responsáveis, conhecedoras deste fato, elaboraram protocolos/guias específicos e integraram diretrizes no novo Programa de Saúde Infantil e Juvenil.

De referir contudo que apesar de existirem estes guias, por um lado, a maioria referiu não os conhecer e, por outro, é nosso entendimento que se deve investir na articulação entre as várias entidades, na formação específica e na área das relações humanas/comunicação interpessoal.

Conforme pudemos apreciar, as variáveis sociodemográficas **idade** ($p=0,295$), **sexo** ($p=0,750$) e **existência de filhos** ($p=0,369$) não influenciaram o nível de conhecimentos.

Ao analisarmos a relação entre a formação específica e os conhecimentos dos enfermeiros obtivemos um $p=0,036$, o que nos transmite diferenças estatisticamente significativas, ou seja, os enfermeiros com **formação específica** em maus tratos infantis, têm de facto um nível de conhecimentos superior. A atitude dos profissionais na abordagem aos maus-tratos encontra-se intimamente relacionada com a visibilidade que o problema assume no quotidiano. Oliveira (2009) afirma que a qualidade do atendimento depende da

possibilidade de ser capaz de identificar a presença ou a suspeita da violência nos diferentes casos e para isso contribui uma adequada formação direcionada para esta temática, o que faz com que os enfermeiros fiquem mais despertos para identificar situações de risco.

Também relacionamos o **tempo de serviço** com os conhecimentos dos enfermeiros, mas verificamos não existir diferença estatisticamente significativa.

Quando analisamos a relação entre os enfermeiros que referem ter atendido alguma criança vítima de maus tratos e os conhecimentos que têm sobre a detecção e encaminhamento de situações, verifica-se que estes apresentam níveis de conhecimentos superiores aos restantes ($p=0,003$). É por todos reconhecido que a prática é fonte de conhecimentos quando devidamente refletida. Sem dúvida que o fato de lidar com estas situações desenvolve nos enfermeiros competências em vários domínios, nomeadamente no da observação física e do desenvolvimento da criança, dos afetos nas relações familiares e da comunicação e relacionamento interpessoal. O contato com estas situações, para além de maior conhecimento, dá mais segurança e eficácia na prestação dos cuidados de enfermagem.

10 - CONCLUSÃO

Ao longo dos anos, a promoção dos direitos e a proteção das crianças e jovens em risco tem vindo a colocar novos desafios no que respeita à intervenção dos serviços de saúde, no domínio dos maus tratos.

É a área dos cuidados de saúde primários que toma contato privilegiado com situações de maus tratos infantis e que, cada vez mais, trabalha a instituição “Família” no seu todo, conhecendo todo o seu enredo. Com o nosso estudo procuramos identificar o conhecimento dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários face à deteção e encaminhamento destas situações. Com os resultados pretendemos dar contributos para no futuro se poder melhorar o atendimento e encaminhamento das crianças vítimas de maus tratos bem como planear ações de prevenção.

Dando resposta às nossas inquietações iniciais:

Apesar de a maioria não ter formação específica na área de maus tratos, a grande maioria da amostra respondeu acertadamente às questões colocadas sobre o conhecimento dos sinais e sintomas dos maus tratos à criança, referiram também sentirem-se à vontade para detetar situações de maus tratos (de modo especial os sinais/sintomas físicos). Foi ainda referido pela maioria dos enfermeiros a necessidade de formação específica.

Verificou-se que as variáveis sociodemográficas (idade, sexo, existência de filhos) não influenciam os conhecimentos da amostra em estudo relativamente aos sinais e sintomas de suspeita de maus tratos na criança.

Observou-se que as variáveis socioprofissionais (formação específica na área) influenciam positivamente os conhecimentos da amostra sobre os sinais e sintomas de suspeita de maus tratos infantis, existindo assim diferenças estatísticas significativas que evidenciam esta afirmação ($p=0,036$).

O grupo estudado referiu como principais barreiras a uma atuação mais assertiva:

- Problemas associados aos cuidadores/crianças
- Problemas associados à referenciação;
- A falta de formação;
- Dificuldade na identificação dos sinais e sintomas;

- Problemas associados à orgânica do serviço;
- Violência sobre os profissionais.

São de referir alguns fatores que dificultaram o nosso trabalho, sendo eles a demora na obtenção de autorização para a realização das entrevistas no ACES Baixo Vouga, alguma dificuldade no acesso aos responsáveis pelos serviços para a entrega dos questionários, a demora na obtenção dos questionários preenchidos, que de um modo geral estão inerentes aos estudos de investigação científica.

Este trabalho revelou-se de bastante interesse e utilidade para o futuro já que consideramos que este será o ponto de partida para o empowerment dos profissionais em questão. Atentas aos resultados, a maioria não tem formação específica e sentem a necessidade dessa formação pelo que sugerimos que se invista na formação dos enfermeiros. Com a divulgação destes resultados nos serviços pensamos sensibilizar os responsáveis para esta realidade e criar espaços de reflexão que contribuam para a melhoria do atendimento/encaminhamento destas crianças. Desta forma a prestação de cuidados adequados perspectiva-se mais precocemente e os resultados/ganhos em saúde mais elevados.

É necessário continuar a investir em trabalhos desta natureza, que possam contribuir para um melhor conhecimento das limitações dos profissionais e despertar para a necessidade da sua capacitação e constante formação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CUNHA, Janice - **A atenção de Enfermagem à criança vítima de violência familiar**. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2007.
- SANTOS, Marisa - **A intervenção do serviço social na problemática dos maus tratos**. Porto: Universidade Fernando Pessoa, 2009.
- SORIANO, F. - **Promoção e Protecção dos direitos das crianças: guia de orientações para os profissionais da saúde na abordagem de situações de maus tratos ou outras situações de perigo**. Generalitat Valenciana edição. 2006.
- TOMÁS, Catarina; FERNANDES, Natália. **Direitos da criança em Portugal: os desassossegos dos riscos na/da infância**. Universidade de Lisboa e CISC/Universidade do Minho, 2011.
- CARVALHO, Ana Clara - **Maus tratos contra crianças e adolescentes: como pensam e agem os profissionais de saúde**. Salvador da Bahia: Universidade Federal da Bahia., 2009.
- LEI nº 147/99. D.R. I Série A. 204 (99-09-01) 6115-6132. **Lei de proteção de crianças e jovens em perigo**.
- DELFINO, V.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; SAGIM, M. B.; VENTURINI, F. P. **A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular**. Texto & Contexto - Enfermagem, v.1, edição especial (2005), p. 38-46.
- **DICIONÁRIO DE LÍNGUA PORTUGUESA**. Porto: Porto editora, 2002.
- ESSV. ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU - **Guia orientador de trabalhos escritos**. Viseu, 2009.
- FORTIN, Marie-Fabiane – **O processo de investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência, 2009.
- FORTIN, Marie-Fabienne; CÔTÉ, José; FILION, Françoise - **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta, 2009. 595 p. ISBN 978-989-8075-18-5.

- GRUDTNER, Dalva Iranu – **Violência intrafamiliar contra a criança e o adolescente: reflexões sobre o cuidado de enfermeiros**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2005. Tese de Pós-graduação em Enfermagem.
- HILL, Manuela Magalhães; HILL, Andrew - **Investigação por Questionário**. 2ª ed. Lisboa, 2002. ISBN 972-618-273-5.
- Hockenberry, Marilyn J; Wilson, David. **Wong - fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8ª edição, Mosby. 2011.
- MARTINS, C. B. G.; JORGE, M. H. P. M. **Maus-tratos infantis: um resgate da história e das políticas de proteção**. Acta Paul Enfermagem, v. 23, n.3 (2010), p. 423-8.
- MELLO, Elza; FERLINI, Roberta - **Promoção e Proteção da saúde da criança e do adolescente**. Rio grande: Universidade Federal, 2009.
- MENDES, Carla - **Violência na escola: conhecer para intervir**. Revista de Enfermagem Referência. Coimbra. ISSN 0874-0283, nº 12 (2010), p.71-82.
- NP 405 -1. 1994. Informação e Documentação – **Referências bibliográficas: Documentos impressos. Monte da Caparica**. Instituto Português da Qualidade, 1994.
- NUNES, Sónia - **Indicadores de Maus tratos infantis: um estudo exploratório em crianças do 1º ciclo do concelho de Olhão**. Faro: Universidade do Algarve, 2009. Tese de mestrado.
- OLIVEIRA, Paula - **Maus Tratos: a atitude dos técnicos das comissões de protecção**. 1ª ed. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2009.
- OMS. Organização Mundial da Saúde – **Preventing violence: A guide to implementing the recommendations of the world report on violence and health**. Geneve: Organização Mundial da Saúde 2004.
- ORIÁ, Mônica; XIMENES, Lorena; ALVES, Maria - **Madeleine Leininger and the theory of the cultural care Diversity and Universality: an Hitorial Overview**. Braz J. Nurs [Em linha]. 4:2 (2005). [Consult. a 03 de Janiero de 2013]. Disponível em [www :<http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn402oriaetal.htm>](http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objn402oriaetal.htm). ISSN 1676-4285.
- PARRAGA, Elton - **O papel do Enfermeiro no atendimento à criança e adolescente vítima da violência sexual**. Uruguaiana: Universidade Federal do Pampa, 2010.

-
- PESTANA, Maria Helena; GAGEIRO, João Nunes - **Análise de dados para ciências sociais : A complementaridade do SPSS**. 3ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, 2003. ISBN 972-618-297-2.
- PORTUGAL. Portal da Saúde. Direcção Geral da Saúde. **Maus Tratos em Crianças e Jovens: intervenção da saúde** [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2008. [Consult. 5 de Janeiro de 2013]. Disponível em WWW: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2008/12/maus+tratos.htm>.
- PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde - **Acção de saúde para crianças e jovens em risco: comissão de acompanhamento: relatório de 2010**. [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2011^b. [Consult. 5 de Janeiro de 2013]. Disponível em WWW: URL:<<http://www.dgs.pt/?cr=19699>.
- PORTUGAL^a Direcção Geral da Saúde. **Maus Tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção** [Em linha]. Lisboa: Direcção Geral da Saúde, 2011^a. [Consult. 5 de Janeiro de 2013]. Disponível em WWW: <URL: <http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/projectos/crsmca/circuitos/Documents/Maus%20Tratos%20em%20Crian%C3%A7as%20e%20Jovens%20-%20Guia%20Pr%C3%A1tico%20de%20Abordagem,%20Diagn%C3%B3stico%20e%20Interven%C3%A7%C3%A3o.pdf>>.
- RAMOS, Aretha - **Percepção dos Maus Tratos infantis pelos alunos de graduação de odontologia**. (s.l): Universidade Federal da Paraíba, 2009. Trabalho apresentado no curso de graduação em odontologia.
- RELVAS, Ana Paula - **O Ciclo Vital da Família : Prespectiva Sistémica**. 3ª ed.. Porto : Edições Afrontamento, 2004. 236 p.. ISBN 972-36-0413-2.
- UNICEF – **A convecção sobre os direitos da criança** [Em linha], 2013. [Consult. a 11 de Dezembro de 2012]. Disponível em WWW: <http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf >.
- UNICEF – **Direitos da criança: As crianças têm direitos** [Em linha], 2013. [Consult. a 12 de Dezembro de 2012]. Disponível em WWW: URL:<http://www.unicef.pt/artigo.php?mid=18101111&m=2>.

ANEXOS

ANEXO I – Autorização do Senhor Presidente do ACES Baixo Vouga
Parecer favorável da comissão de ética da ARS Centro



Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, nº102
3500-843 VISEU
Telf. 232 419 100
Telem. 961 011 800
Fax 232 428 343

S. R.
Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Diretor Executivo do
ACES Baixo Vouga
Av. Dr. Lourenço Peixinho, nº 42, 4º andar
3804-502 AVEIRO

VOSSA REFERÊNCIA		NOSSA REFERÊNCIA	
Ofício nº:	Data:	Ofício nº: 103	Data: 04/02/2013
Processo:		Processo: 70	

Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA EFECTUAR COLHEITA DE DADOS

No âmbito da unidade curricular de Relatório Final, a Escola Superior de Saúde de Viseu e a estudante Vera Lúcia Filipe Afonso, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria estão a realizar um estudo subordinado ao tema "Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a detecção dos sinais de alerta e encaminhamento da criança vítima de maus-tratos".

Pretende-se com este estudo identificar a perceção dos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários a exercerem funções no ACES Baixo Vouga (concelhos de Albergaria-a-Velha, Aveiro, Ílhavo e Vagos) sobre a detecção dos sinais de alerta e encaminhamento da criança vítima de maus-tratos.

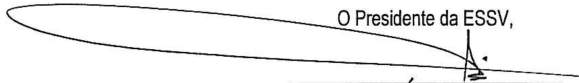
Neste contexto, solicitamos a V. Ex.ª se digne autorizar a recolha de dados/informação aos enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários a exercer funções na área geográfica mencionada, através da aplicação de um questionário, nos meses de Fevereiro e Março de 2013.

Em anexo, enviamos um exemplar do Instrumento de Recolha de Dados.

Os resultados obtidos com este estudo serão colocados à disposição de V. Ex.ª, caso se coadunem com os interesses da Instituição a que preside. Mais informamos que as Professoras Ernestina Silva e Isabel Bica são as responsáveis pela orientação da investigação, estando disponíveis para prestar eventuais informações adicionais através do telefone (232419100) ou fax (232428343) da ESSV.

Agradecendo desde já a disponibilidades e atenção que possam dispensar ao assunto, subscrevemo-nos com consideração.

O Presidente da ESSV,


Professor Doutor Carlos Pereira

IB/NC

Site: <http://www.essv.ipv.pt> * E-mail Geral: essvgeral@essv.ipv.pt * E-mail Secretaria: servicosacademicos@essv.ipv.pt



ARSC ADMINISTRAÇÃO
REGIONAL DE
SAÚDE DO CENTRO, I.P.

Exmo. Senhor
Dr. Manuel Sebe
M.I. Diretor Executivo

009580 710 04-04 10:57

dex-aces_bxvougar@srsaveiro.min-saude.pt

Assunto

Data

Assunto

Data

ASSUNTO: "Percepção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a deteção dos sinais de alerta e encaminhamento da criança vítima de maus tratos"

Serve o presente para informar V. Ex^a, que o Conselho Directivo da ARSC Centro, I.P., deliberou homologar o parecer emitido pela Comissão de Ética para a Saúde (CES), referente ao pedido efetuado pela estudante Vera Lúcia Filipe Afonso, da Escola Superior de Saúde de Viseu (Vº ofício nº1056 de 15/02/2013) - que seguidamente se transcreve:

APRECIÇÃO GERAL: Os dados obtidos são totalmente anonimizados não sendo possível identificar nem os enfermeiros, que preenchem os formulários, nem quaisquer crianças vítimas de maus tratos. Deverá ser, inclusive, assegurada a não identificação dos centros de saúde do ACES do Baixo Vouga a que pertencem os enfermeiros que, voluntariamente, preencheram os questionários.

PARECER FINAL: Favorável

Com os melhores cumprimentos

O Presidente do Conselho Directivo da ARSC, I.P.

(Dr. José Manuel Azenha Terezo)

PL

Alameda do Comércio
Apartado 1037 | 3520-103 Coimbra

Tel: 351 239 496 830
Fax: 351 239 758 861

secretariado@arscaveiro.min-saude.pt
www.arscaveiro.min-saude.pt

ANEXO II – Nota explicativa que apresenta a natureza e finalidade do estudo
Questionário



Instituto Politécnico de Viseu
Escola Superior de Saúde de Viseu



Questionário

Código de Questionário: _____

Ex. ^m Senhor(a) Enfermeiro(a)

No âmbito da realização do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Saúde de Viseu, subordinado ao tema “Perceção dos Enfermeiros de Cuidados de Saúde Primários sobre a deteção dos sinais de alerta e encaminhamento da criança vítima de maus tratos”, vimos pedir a sua colaboração no sentido de responder a este questionário. Ele é anónimo e a participação neste estudo é voluntária.

Todos os dados obtidos serão tratados mantendo a confidencialidade.

Lembramos que não existem respostas certas ou erradas, todas serão válidas se traduzirem as experiências vivenciadas como Enfermeiro(a) dos Cuidados de Saúde Primários. Assim, solicitamos a sua participação e sinceridade no preenchimento do questionário.

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO

Parte I: Caracterização Pessoal

1. Idade

- 20 a 25 anos 35 a 45 anos Mais de 55 anos
25 a 35 anos 45 a 55 anos

2. Sexo

- Feminino Masculino

3. Tem FilhosSim Não **4. Grau Académico**Bacharelato Licenciatura Pós-graduação Mestrado _____ Pós-licenciatura de Especialização em _____ Doutoramento Outro _____ **5. No âmbito da formação contínua, fez alguma formação específica na área dos maus tratos infantis?**Sim Não

Se sim, Qual? _____

6. Tempo de serviço nos Cuidados de Saúde Primários _____ Anos**Parte II:**

Nas afirmações onde existir uma quadrícula () , deve assinalar com uma cruz (X) as alíneas que estão de acordo com a sua perceção. Nas questões com um espaço em branco (_____), deve responder claramente e de forma legível.

1. Considera-se à vontade para detetar e encaminhar situações desta natureza?

	Nada	Pouco	Indiferente	À vontade	Muito
Mau trato físico					
Mau trato psicológico ou emocional					
Abuso Sexual					
Envenenamento recorrente					

Negligência					
Atribuição de doença que não existe					
Abandono afectivo					
Abandono					
Disfuncionalidade parental/familiar					
Outro qual _____					

2. Dos seguintes itens assinale os que considera Sinais e Sintomas de suspeita de maus tratos na criança:

	Sim	Não	Não sei
Atraso no crescimento sem causa orgânica			
Higiene deficitária (tendo em conta as normas culturais e o meio familiar)			
Alterações graves do estado nutricional (desidratação ou má nutrição)			
Demora ou ausência na procura de cuidados médicos			
Fraturas com padrões específicos, especialmente em latentes, ou calos ósseos correspondentes a fraturas anteriores			
Fraturas dos ossos longos/costelas			
Síndrome da criança abanada (sacudida ou chocalhada)			
Lesões do sistema nervoso central (hematoma, edema cerebral, principalmente em crianças com menos de 1 ano de idade)			
Hemorragia peri-orbital			
Múltiplas lesões, especialmente de diferentes estádios de evolução: equimoses, vergões na pele, cortes, abrasões, etc.			
Queimaduras, em particular se com distribuição anormal (padrão “luva e meia” ou formato de objeto identificável)			
Lesões dos genitais			
Infeções de transmissão sexual			

Faltas sucessivas às consultas de vigilância de saúde e à vacinação			
Intoxicações e acidentes de repetição			
Perturbações no desenvolvimento e nas aquisições sociais (linguagem, motricidade, socialização) que não estejam devidamente acompanhadas			
Hematomas e outras lesões inexplicadas e acidentes frequentes por falta de supervisão de situações perigosas			
Inexistência de rotinas (nomeadamente alimentação e ciclo de sono/vigília)			
Vestuário desadequado à época do ano			
Abuso de substâncias tóxicas nos adolescentes			
Perturbações psicóticas			
Medo e/ou fobia de pequena intensidade (criança com menos de 5 anos)			
Perturbações do comportamento alimentar			
Perturbações do desenvolvimento psicomotor			
Ansiedade e comportamentos regressivos			
Perturbações emocionais (tristeza, fadiga, ansiedade)			
Perturbações do comportamento e da relação			
Manifestações somáticas			
Dificuldades/insucesso escolar			
Gravidez			
Alteração do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese)			
Comportamento ou ideação suicida			
Comportamentos sexualizados			
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas interpessoais			
Comportamentos agressivos (autoagressividade e/ou heteroagressividade) e/ou automutilação			
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão pela criança ou pelos diferentes cuidadores			

Acompanhamento insuficiente da criança às consultas de vigilância/ em situação de doença e internamento			
Desvinculação da família			
Violência familiar ou doméstica			
Mudança sucessiva de serviço de saúde			
Separação divórcio e conflitos de custódia			
Pais/cuidadores com comportamentos aditivos			
Outros especifique _____			

3. Alguma vez, durante uma consulta de Enfermagem, suspeitou que determinada criança era vítima de maus tratos?

Sim Não

4. Alguma vez atendeu alguma criança vítima de maus tratos?

Sim Não

5. Se sim, como atuou?

Encaminhei para a CPCJ Encaminhei para a assistente social

Referi ao médico de família Encaminhei para intervenção precoce _____

Acompanhou a situação _____ Outro _____

6. Quais as principais barreiras a uma atuação mais assertiva por parte dos Enfermeiros? Refira três.

I. _____

II. _____

III. _____

7. Como enfermeira(o) de cuidados de saúde primários considera que está preparado(a) para detetar e encaminhar as crianças vítimas de maus tratos ?

Sim Não

8. Sente necessidade de formação a este nível?

Sim Não

9. Conhece o Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção “Maus Tratos Infantis”?

Sim Não

10. Conhece o Guia de Registo de Visitação Domiciliária?

Sim Não

11. Tem conhecimento se o Novo Programa de Saúde Infantil e Juvenil vai fazer referência explícita e remeter os profissionais de saúde para os documentos sobre o diagnóstico e abordagem das situações de maus tratos à criança?

Sim Não

Apresente as sugestões que entender pertinentes

A sua colaboração foi muito importante.

Muito obrigado por ter colaborado neste estudo.

